

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

ANNÉE : 2025

N° : 15

THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
Diplôme d'État  
Mention Médecine Générale

PAR

Nom et prénoms : CRUCIFIX Alistair

Date et lieu de naissance : 09/02/1992, à Villeneuve La Garenne (92), France

Titre de la Thèse

**Comment les médecins généralistes abordent-ils le sujet de l'activité physique avec leurs patients ?**

\_\_\_\_\_

Président de thèse : Pr. BERTSCHY Gilles

Directeur de thèse : Dr. SCHMITT Yannick,

Médecin Généraliste

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Première Vice Doyenne de la Faculté** Mme CHARLOUX Anne
- **Doyens honoraires :** (1ss4-2001) M. GERLINGER Pierre  
(2001-2011) M. LUCES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)  
Directeur général : M. HENNI Samir

## A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

## A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique  
DOLLFUS Héléne Génétique clinique

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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	4s.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	4s.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	4s.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	4s.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CARAPITO Raphaël	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Laboratoire d'Immunologie Biologique / NHC	Immunologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	4s.02
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	Neurochirurgie
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	4s.01 Neurologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	50.03 Dermato-Vénérologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	4s.01 Neurologie
Mme DISSAUX Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo- faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital de Haute-pierre	Oto-rhino-laryngologie 55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	
EHLINGER Matfhieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	Génétique (type clinique)
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	Pédiatrie
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	53.02 Chirurgie générale
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
Mme GALLI Elena	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	4s.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoit	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	51.02 <b>Cardiologie</b> 43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil
GARNON Julien	NRPô NCS		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil
GAUCHER David	NRPô NCS		• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil
GENY Bernard	NRPô CS		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC
GEORG Yannick	NRPô NCS		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC
GICQUEL Philippe	NRPô CS		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie
GOICHOT Bernard	NRPô		

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	4s.02 Médecine et santé au travail
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou – CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	4s.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	4s.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	4s.03 Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 <b>Anatomie</b>
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 <del>Dermato</del> -vénérologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <b>Pneumologie</b> ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	So s-section du Conseil National des Universités

MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	4s.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA72s5/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé/ Faculté	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	4s.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	4s.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	So s-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	4s.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	4s.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
TACQUARD Charles-Ambroise	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	4s.01 Neurologie
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	4s.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	4s.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales /Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	4s.01 Neurologie
Mme ZALOSZYC Ariane	NRPô NCS	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (unan)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

#### A4 - PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	4s.05 Médecine palliative
COUTELLE Romain	NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	4s.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
HABERSETZER François	Adjoint	• Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou	

**B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)**

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme Ayme-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	<b>Pharmacologie fondamentale</b> ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	Option : médecine Interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilios		• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BIGAUT Kévin		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	4s.01 Neurologie
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	<b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UFs237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	4s.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	4s.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	4s.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LE BORGNE Pierrick		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service des Urgences Médico-Chirurgicales Adultes / HP	Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
LEVY Michaël		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation Pédiatrique Spécialisée et de Surveillance Continu / HP	54.01 Pédiatrie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MERDJI Hamid		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Médecine Intensive et Réanimation / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	4s.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	4s.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	4s.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
TODESCHI Julien		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	4s.02 Neurochirurgie
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	<b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	Parasitologie et mycologie (option biologique)
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	Physiologie (option clinique)

## B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P01ss	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	---------------------------------------------------------

## B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	ss.	Neurosciences
Mme DEGIORGIS Laëticia	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	ss.	Neurosciences
M. DILLENSEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	ss.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	ss.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

## C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

### C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire  
Pr Ass. GROBERTHOJ Anne  
Pr Ass. GUILLOU Philippe  
Pr Ass. HILD Philippe  
Pr Ass. ROUGERIE Fabien

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

Dre CHAMBE Juliette  
Dr LORENZO Mathieu

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

Dre DELACOUR Chloé  
Dr GIACOMINI Antoine  
Dr HERZOG Florent  
Dr HOLLANDER David  
Dr MERLIE  
Dre SANSELME Anne-Elisabeth

## E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr BAYLE Eric	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service des Urgences Médico-Chirurgicales Adultes / HP
Dr BOHBOT Alain	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / HP
Dr BRINKERT David	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP
Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Dr URSENBACH Axel	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Trait d'Union / NHC
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMUs7 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie (membre de l'Institut)**
  - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
  - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
  - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
  - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
  - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
  - MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
  - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
  - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
  - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
  - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
  - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
  - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
  - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
  - HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
  - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
  - MOULIN Bruno (Néphrologie)
  - PINGET Michel (Endocrinologie)
  - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
  - ROUL Gérald (Cardiologie)

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc                      CNU-31                      IRCAD

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	4s-05
Pr LECOCCQ Jéhan	4s-05
Pr MASTELLI Antoine	4s-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	4s-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

AdloFF michel (chirurgie uigestive) / 01.0s.s4  
dAldAuF jean-jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.0s.21  
dAReiss Pierre (caruologie) / 01.0s.12  
dAtzenschlAGeR Anuré (Anatomie Pathologique) / 01.10.st  
dAumAnn René (héματο-nastro-entérologie) / 01.0s.10  
decmeuR François (chirurgie Pédiatrie) / 01.0s.23  
deRGeRAt jean-Pierre (oncologie) / 01.01.1s  
deRthel marc (Gériatrie) / 01.0s.18  
dientz michel (hygiène hospitalière) / 01.0s.04  
dlicKle jean-Frédéric (médecine interne) / 1t.10.17  
doem-duRGeR nelly (histologie) / 01.0s.20  
douRjAt Pierre (Rauologie) / 01.0s.03  
dousQuet Pascal (Pharmacologie) / 01.0s.1s  
dResnenmAcneR clauue (caruologie) / 01.07.ss  
dRettes jean-Philippe (Gynécologie-obstétrique) / 01.0s.10  
dRuAnt-RodieR catherine (chirurgie Plastique et maxillo-faciale) / 01.07.24  
duRsztejn clauue (Péuopsychiatrie) / 01.0s.18  
cAntneAu Alain (médecine et santé au travail) / 01.0s.1t  
cAzenAve jean-Pierre (hématologie) / 01.0s.1t  
cAmPy maxime (stomatologie) / 01.10.st  
cAuvin michel (caruologie) / 01.0s.18  
cnelly jameleuine (diagnostic nématique) / 01.0s.20  
cnQuAldRe jacques (chirurgie générale) / 01.10.12  
clAveRt jean-michel (chirurgie infantile) / 31.10.1s  
constAntnesco Anuré (diophysique et médecine nucléaire) / 01.0s.11  
dietemAnn jean-louis (Rauologie) / 01.0s.17  
doFFoel michel (Gastroentérologie) / 01.0s.17  
duclos denuar (héματο-Gastro-hématologie) / 01.0s.1s  
duFouR Patrick (centre Paul Strauss) / 01.0s.1s  
duPeyRon jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. chir.) / 01.0s.13  
eisenmAnn denuar (chirurgie caruo-vasculaire) / 01.04.10  
FAdRe michel (cytologie et histologie) / 01.0s.02  
FischdAcH michel (Pédiatrie / 01.10.1s)  
GAy Gérard (héματο-nastro-entérologie) / 01.0s.13  
Gut jean-Pierre (virologie) / 01.0s.14  
hAsselmAnn michel (Réanimation médicale) / 01.0s.18  
hAuPtmAnn Georges (hématologie biologie) / 01.0s.0s  
imleR marc (médecine interne) / 01.0s.s8  
jAcQmin diuier (urologie) / 0s.08.17  
jAeck daniel (chirurgie générale) / 01.0s.11  
jesel michel (médecine physique et réadaptation) / 01.0s.04  
KAhn jean-luc (Anatomie) / 01.0s.18  
KenR Pierre (chirurgie orthopédique) / 01.0s.0s  
KRemeR michel / 01.0t.s8  
KRetz jean-Georges (chirurgie vasculaire) / 01.0s.18  
KRieGeR jean (neurologie) / 01.01.07  
Kuntz jean-louis (Rhumatologie) / 01.0s.08  
KuntzmAnn Francis (Gériatrie) / 01.0s.07  
lAnG Gabriel (orthopédie et traumatologie) / 01.10.s8  
lAnGeR druno (Gynécologie) / 01.11.1s  
lonsdoRFeR jean (Physiologie) / 01.0s.10  
lutz Patrick (Pédiatrie) / 01.0s.1s  
mAllot clauue (Anatomie normale) / 01.0s.03  
mAtRe michel (biochimie et biol. moléculaire) / 01.0s.13  
mAndel jean-louis (Génétiq) / 01.0s.1s  
mAnGin Patrice (médecine légale) / 01.12.14  
mARescAux christian (neurologie) / 01.0s.1s  
mARescAux jacques (chirurgie uigestive) / 01.0s.1s  
mARK jean-joseph (biochimie et biologie cellulaire) / 01.0s.ss  
mARK manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-Gdmc) / 01.07.23  
mAZZucotelli jean-Philippe (chirurgie caruo-vasculaire) / 20.0s.24  
messeR jean (Pédiatrie) / 01.0s.07  
meyer christian (chirurgie générale) / 01.0s.13  
meyer Pierre (diostatistiques, informatique méu.) / 01.0s.10  
monteil henri (dactériologie) / 01.0s.11  
nisAnd israël (Gynécologie-obstétrique) / 01.0s.1s  
oudet Pierre (diologie cellulaire) / 01.0s.13  
PASQuAli jean-louis (immunologie clinique) / 01.0s.1t  
PAtris michel (Psychiatrie) / 01.0s.1t  
mme PAul Gabrielle (Pneumologie) / 01.0s.11  
PinGet michel (endocrinologie, diabète, nutrition et Auictologie) / 01.0s.18  
PottecheR thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.0s.18  
Reys Philippe (chirurgie générale) / 01.0s.s8  
RitteR jean (Gynécologie-obstétrique) / 01.0s.02  
RumPleR yves (diol. développement) / 01.0s.10  
sAndneR Guy (Physiologie) / 01.0s.14  
sAudeR Philippe (Réanimation médicale) / 01.0s.20  
sAuvAGe Paul (chirurgie infantile) / 01.0s.04  
schLAedeR Guy (Gynécologie-obstétrique) / 01.0s.01  
schlienGeR jean-louis (médecine interne) / 01.08.11  
schneideR Francis (Réanimation médicale) / 01.0s.24  
schRAud simon (Rauiothérapie) / 01.0s.12  
sicK henri (Anatomie normale) / 01.0s.0s  
steid Annick (Anesthésiologie) / 01.04.1s  
steRle jean-luc (oRl) / 01.0s.10  
stoll clauue (Génétiq) / 01.0s.0s  
stoll-KelleR Françoise (virologie) / 01.0s.1t  
stoRcK daniel (médecine interne) / 01.0s.03  
temPe jean-daniel (Réanimation médicale) / 01.0s.0s  
tonGio jean (Rauologie) / 01.0s.02  
vAutRAveRs Philippe (médecine physique et réadaptation) / 01.0s.1s  
veillon Francis (imagerie viscérale, oRl et mammaire) / 01.0s.23  
vetteR denis (méu. interne, diabète et mal. métabolique) / 01.01.23  
vetteR jean-marie (Anatomie pathologique) / 01.0s.13  
wAlteR Paul (Anatomie Pathologique) / 01.0s.0s  
wiHm jean-marie (chirurgie thoracique) / 01.0s.13  
wiLk Astrid (chirurgie maxillo-faciale) / 01.0s.1t  
wolFRAm-GAdel Renée (Anatomie) / 01.0s.ss

### Légende des adresses :

**FAC** : Faculté de médecine : 4, rue Kirschleger - F - s708t strasbourg ceux - tél. : 03.s8.8t.3t.20 - Fax : 03.s8.8t.3t.18 ou 03.s8.8t.34.s7

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS)** :

- нс : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'hôpital - dP 42s - F - s70s1 strasbourg ceux - tél. : 03 ss tt 07 08
- нс : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'hôpital - d.P. 42s - F - s70s1 strasbourg ceux - tél. : 03.88.11.s7.s8
- нР : **Hôpital de HautePierre** : Avenue molière - d.P. 4s - F - s70s8 strasbourg ceux - tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - s701t strasbourg ceux - tél. : 03.88.11.tt.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 1t, rue cranach - s7200 strasbourg - tél. : 03.88.11.s7.s8

**ICANS** - institut de Cancérologie strasbourg : 17 rue Albert Calmette - s7200 strasbourg - tél. : 03 s8 7s s7 s7

**CMCO** - centre méuico-chirurgical et obstétrical : 1s, rue Louis Pasteur - dP 120 - schiltinheim - F - s7303 strasbourg ceux - tél. : 03.88.s2.83.00

**C.C.O.M.** - centre de chirurgie orthopédique et de la main : 10, avenue daumann - d.P. ss - F - s7403 illkirch Graffenstauen ceux - tél. : 03.88.tt.20.00

**E.F.S.** : établissement Français de santé - Alsace : 10, rue Spielmann - dP n°3s - s70st strasbourg ceux - tél. : 03.88.21.2t.2t

**IURC** - institut universitaire de Réadaptation clemenceau - CHU de strasbourg et uGecAm (union pour la Gestion des établissements des caisses d'Assurance maladie) - 4t boulevard clemenceau - s7082 strasbourg ceux

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ  
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

monsieur olivier dive, conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES  
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

# SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

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

# Remerciements

*À mon Président de jury, Monsieur le Professeur BERTSCHY*

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et je vous en remercie infiniment.

Veillez accepter ma profonde reconnaissance pour l'écoute dont vous avez fait preuve me concernant ainsi que pour les analyses fines rendues à propos de ce travail.

*À mon Directeur de thèse, le Docteur SCHMITT, j'adresse des remerciements tout aussi appuyés pour la patience et l'écoute dont vous avez fait preuve durant la rédaction de ce travail. Par ailleurs l'encadrement dont j'ai pu bénéficier en stage de Médecine Générale en cabinet de ville à vos côtés fut également de grande qualité, basé sur l'écoute et la compréhension mutuelle.*

*Au Docteur MERLE également, un grand merci de vous rendre disponible afin d'assister à cette thèse, en qualité de membre de jury. J'espère être à la hauteur le jour de la présentation et que nous pourrions échanger à propos de ce sujet de thèse qui m'a passionné.*

Des remerciements particuliers aussi à certains mentors de la Faculté de Médecine de Strasbourg en filière de Médecine Générale qui m'ont énormément appris durant les différents stages. J'espère avoir été un bon disciple à leurs yeux.

*Merci d'abord au Docteur LORENZO Mathieu pour sa rigueur en consultation et sa recherche constante des dernières recommandations, afin de prendre en charge au mieux les patients. Je retiens de ses enseignements de multiples sources de connaissances médicales, et également une pratique fine de l'examen clinique et des recours aux différents réseaux de santé dont le lien si important entre médecins de ville et médecins hospitaliers. Un grand merci avec une reconnaissance appuyée également au Docteur GRIES pour ses soins de grande qualité, la confiance qu'il m'a donnée durant les différents stages que nous avons effectués ensemble.*

*Merci aux Docteurs WILLEMAIN, HSSAIN et VOGT pour le stage en autonomie de Médecine Générale à l'été 2021-2022 à Mulhouse où j'ai clairement ressenti que ma place était auprès d'eux ainsi que de leurs patients respectifs. L'épanouissement professionnel était alors total. J'espère très vite de nouveau ressentir cette sensation d'épanouissement et d'accomplissement professionnel, pour que chaque patient que je vois en tire de multiples profits pour sa santé, son bien-être ainsi que celui de ses proches.*

*Au Docteur BLONDE Anne à Illfurth, lors de ce même stage en 2021-2022, qui m'a appris les subtilités de l'exercice médical en milieu semi-rural, et chez qui j'ai pu faire quelques jours de remplacement.*

*Au Docteur ROUGERIE à Hatten, passionné de médecine, de ruralité et d'activité physique, et qui a le recul nécessaire pour représenter un pilier et un repère pour les internes de Médecine Générale de Strasbourg. Je pense également au Docteur BALLAND, une autre médecin du DMG si bienveillante et empathique avec ses patients.*

*Merci aussi aux Dr VONAU à Bollwiller, et au Dr MOEGLE à Mulhouse pour m'avoir aidé durant 6 mois en stage de Médecine Générale. Et aussi pour avoir accepté de passer l'entretien de ma thèse, primordial afin de finir le cursus de Médecine Générale.*

*À mes amis de Strasbourg, anciens internes nous avons vécu tant de choses, je vous souhaite une bonne continuation et de nombreux autres bons moments à venir. Merci pour ces moments si joyeux passés ensemble depuis toutes ces années en Alsace, et particulièrement à l'internat de Mulhouse à travers le Bureau des Internes de Mulhouse (BIM). Je reviendrai souvent dans la région pour vous revoir.*

*À mes anciens amis de l'externat de Médecine de Paris-Ouest, à Saint-Quentin-en-Yvelines, merci à celles et ceux qui ont su continuer à croire en moi, et à votre fidélité malgré la distance.*

*À mes amis d'enfance*, merci de continuer à partager de bons moments avec ma famille à Conflans-Sainte-Honorine avec par exemple de nombreuses soirées jeux de sociétés.

*À mes parents*, qui m'ont soutenu financièrement lorsque j'en avais besoin, et qui m'ont donné durant toute mon enfance et adolescence un amour inconditionnel dénué de peur, transmis l'acceptation, la tranquillité, l'attitude reconnaissante, leur Foi en les choses, et la remise en question de soi-même tout en gardant confiance en soi. Ils m'ont encouragé y compris pendant les périodes de doute ou de notes décevantes.

*À mon frère*, idem que mes parents : merci pour tous ces moments. Je suis heureux de constater q u'il continue de cheminer afin de donner le meilleur de lui-même pour les autres, avec ses convictions et ses valeurs.

*À Sarah* enfin mon épouse, le meilleurs pour la fin, qui est restée à mes côtés malgré des périodes de remise en question et d'incertitude. Merci pour ce quotidien que l'on partage avec ton attitude juste, aimante et de femme calme, classe, à la fois subtile et taquine.

J'espère que l'on continuera ce chemin de vie, en « regardant ensemble dans la même direction » dans l'esprit de Saint Exupéry.

Gynécologue – obstétricienne, tu sais garder comme le dit l'expression « les reins solides » avec une modestie intacte, et avec le courage d'essayer de rester juste avec ton prochain.

# Table de matières

Liste des illustrations.....	30
Liste des abréviations.....	31
<b>Introduction.....</b>	<b>33</b>
<b>Définitions.....</b>	<b>34</b>
<b>Contexte sanitaire, et recommandations de l’OMS concernant l’Activité Physique (AP) et la sédentarité .....</b>	<b>39</b>
<b>Enjeux sanitaires concernant l’AP et la lutte contre la sédentarité, risques encourus.....</b>	<b>46</b>
<b>Matériels et méthodes .....</b>	<b>51</b>
<b>Analyse des résultats.....</b>	<b>56</b>
<b>I. Techniques d’introduction et de discussion du sujet de l’activité physique avec les patients :.....</b>	<b>58</b>
1. Les phrase(s) qui permettent l’introduction du sujet de l’AP .....	58
2. Les moments de la consultation où les MG abordent le sujet de l’AP .....	62
3. Sur la forme ; les techniques de discussion utilisées au sujet de l’AP .....	65
I. 3. 1. La technique de l’argumentation.....	62
I. 3. 2. La technique de l’entretien motivationnel.....	65
<b>II. Contenu de fond, suivi et réponses thérapeutiques données au patient</b>	
1. Les thèmes abordés de plaisir, d’environnement spatial et temporel liés à l’AP.....	70
2. Parfois, le médecin déconseille ou adapte l’AP .....	73
3. Représentations liées à l’AP et les différents liens associés à d’autres sujets de santé	
II. 3. 1. Activité physique évoquée selon l’histoire de vie du patient.....	76
II. 3. 2. Relations particulières et représentations liées à l’AP.....	78
II.3. 3. Associations faites avec la sédentarité, l’alimentation, le sommeil et d’autres bénéfiques.....	80
II.3. 4. Convaincre les patients selon différents arguments thérapeutiques de l’AP	90

### **III. Le suivi et les réponses thérapeutiques données au patient à propos d'AP :**

1. Le rapport qu'ont les médecins interrogés avec les recommandations d'AP..... 97
2. Vécu et difficultés rencontrées avec les patients à propos du sujet de l'AP..... 102
  - Idée du manque de temps à consacrer à l'AP, ou de découragement et d'épuisement à en parler et répéter à propos de ce sujet de prévention.
  - Idée et difficulté à tenter d'éviter d'être culpabilisant.
  - Difficultés dans la prise en charge des blessures du sportif.
  - Autre difficulté relevée : motiver les patients à pratiquer l'AP.
  - Avec quel type de patient aborder le thème de l'AP.

### **IV. Les facteurs qui vont influencer le discours en fonction des caractéristiques des médecins (âge, diplômes, lieu d'exercice, degré et évolution des convictions, etc.)..... 109**

### **V. Rôle(s) thérapeutique(s) du Médecin Généraliste à propos de l'Activité Physique ..... 114**

1. Organisation du suivi de leurs patients.....114
2. Parmi les réseaux de prise en charge adaptée : le recours à l'activité physique adaptée ..... 120

**Discussion..... 125**

**Conclusions ..... 137**

**Bibliographie.....142**

**Attestation sur l'honneur concernant le plagiat..... 146**

# Liste des illustrations

Tableau 1 : Liste des référentiels d'aide à la prescription d'activité physique (AP).....page 38

Figure 1 : Définition du score GPAG d'AP et de sédentarité .....page 44

Figure 2 : Schéma issu du site de l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS) à propos des bénéfices sanitaires attendus de la pratique d'une AP régulière.....page 47

Figure 3 : L'entretien de motivation, extrait du guide HAS de consultation et prescription médicale d'AP.....page 49

Tableau 2 : Tableau descriptif de la population de médecins interrogés.....page 52

Figure 4 : Relation entre le volume d'AP et les bénéfices pour la santé .....page 134

# Liste des abréviations

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

AP : Activité Physique

APA : Activité Physique Adaptée

APSA : Accompagnement Prévention Santé en

Alsace. ARS : Agence Régionale de Santé

Infirmière Asalée : infirmière d'action de santé libérale en équipe. Dispositif créé en 2004.

Baromètre MILDECA/Harris : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives. En partenariat avec Harris Interactive

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique

obstructive CSNP : Centre de Soins Non

Programmés

FDR CV : Facteurs De Risques Cardio-Vasculaires

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

MICI : Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin

LDLc : Low Density Lipoproteins of

Cholesterol MG : Médecin généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONAPS : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité

Prescri-mouv' : dispositif d'activité physique adaptée (APA), Prescri'mouv est un programme d'aide à la pratique d'une activité physique adaptée à destination de

personnes qui ont une pathologie éligible à une ALD 30, sur avis du médecin généraliste.

PRÉCCOSS : Prise en Charge Coordinée des Enfants Obèses et en Surpoids de la ville de Strasbourg

SAMU : Service d'Aide Médical d'Urgence

Score GPAQ : Global Physical Activity Questionnaire - Cleland et al. 2014. Questionnaire mondial sur la pratique d'Activité Physique

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture

# Introduction

Les bienfaits de l'activité physique (AP) sur la santé et l'importance d'une bonne condition physique sont désormais connus et validés. De nombreuses revues de la littérature scientifique et recommandations ont été publiées en France et à l'étranger sur les bienfaits de l'AP à des fins de santé.

Toute augmentation régulière d'une AP améliore la condition physique, l'autonomie, l'état de santé et la qualité de vie de la personne (1).

De plus, il semblerait qu'à propos des bénéfices attendus sur la qualité de vie, un effet-dose existe. D'après Hsin-Yu Han en effet, les adultes (tous âges confondus) ayant une activité physique élevée ou modérée ont un **sentiment de satisfaction de vie et de bonheur plus élevé**. Ceci comparé au groupe d'adultes ayant un faible niveau d'AP (2).

Ce résultat est reproductible quel que soit l'âge de la population d'adultes (jeunes, d'âge moyen ou plus âgés). Ceci est un argument supplémentaire quant à la nécessité d'explorer la pratique d'AP des patients, tous âges confondus (2).

Les effets délétères de l'inactivité physique et de la sédentarité sont quant à eux bien démontrés. L'inactivité physique est un facteur de risque important pour de nombreuses maladies non transmissibles telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer ou le diabète. À noter aussi que pour la plupart des individus, les bénéfices pour la santé d'une activité physique sont largement supérieurs aux risques liés à sa pratique (1).

L'AP est considérée et mise en avant comme anxiolytique, réducteur de stress. Le slogan « pour votre santé, pratiquez une activité physique régulière » est mis en avant dans les campagnes de prévention. (4)

Rappelons qu'en France métropolitaine, chez des adultes de 18 à 74 ans, 53 % des femmes et 70 % des hommes seulement satisfont aux recommandations de l'OMS en matière d'AP.

Concernant la sédentarité selon l'étude Esteban, près de 90 % des adultes déclarent 3 heures ou plus par jour de temps passé en mode sédentaire et 41 % plus de 7 heures. Un adulte sur cinq cumule un niveau de sédentarité élevé et un niveau d'AP inférieur aux recommandations pour la santé (1).

### **A) Définitions :**

D'après le guide de recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) datant du 13 juillet 2022, l'activité physique est définie comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques (3). Cette dépense énergétique supplémentaire entraîne donc une dépense supérieure à celle du métabolisme de repos.

**L'activité physique (AP) comprend 3 types d'efforts :**

- Les activités de la vie quotidienne
- Les exercices physiques
- Les activités sportives

Définissons et détaillons donc ces 3 types d'activités physiques, qui seront parfois nommées comme telles, par les médecins interrogés dans la suite de ce travail.

#### **1. Les activités de la vie quotidienne incluent 3 sous-catégories d'efforts quotidiens :**

- Les **déplacements actifs** pour se mouvoir et se déplacer : la marche, le vélo pour aller au travail ou se déplacer : faire les courses, monter ou descendre les escaliers par exemple.
- Les **activités domestiques**, réalisées dans un contexte domestique à son domicile : tâches ménagères, jardinage ou bricolage.

- Les **activités scolaires ou professionnelles**, variables selon le type de scolarité ou de profession.

2. Les exercices physiques représentent le second type d'activité physique : c'est une activité physique organisée, structurée et répétitive avec l'objectif de maintenir ou d'améliorer une ou plusieurs composantes de la condition physique\*.

On souligne ici que cette pratique d'exercice physique a pour objectif final le bien-être, et non la performance physique en elle-même comme c'est le cas pour le sport

3. L'activité sportive : plus communément appelée « **sport** », où les participants adhèrent à des règles et se fixent des attentes voire des objectifs définis à l'avance, dans un but de performance sportive.

L'activité sportive peut se faire en club ou en association sportive, en milieu scolaire, en loisir individuel ou collectif, ou en compétition (3).

Le plus souvent, l'activité sportive nécessite du matériel spécifique, voire des infrastructures importantes (terrain de tennis, de football ou de rugby, etc.).

\*La **condition physique** est la capacité générale à s'adapter et à répondre favorablement à l'effort physique. Elle a plusieurs dimensions : la capacité cardiorespiratoire ; les aptitudes musculaires (force, puissance, endurance musculaire) ; la souplesse ; les performances neuro-musculaires (équilibre, vitesse ou allure), la coordination musculaire (agilité) et les composantes anthropométriques (poids, taille et pourcentage de masse grasse corporelle).

Après avoir défini les 3 types d'activité physique, définissons à présent les notions d'**inactivité physique, de sédentarité et d'activité physique adaptée** :

L'**inactivité physique** est à différencier de la sédentarité. L'inactivité physique se définit comme un niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée et/ou élevée. Il s'agit d'un niveau d'AP qui ne satisfait pas aux recommandations fixées par l'OMS pour la santé (voir chapitre ci-dessous).

Ainsi, une personne inactive peut pratiquer une AP d'intensité faible, quelle que soit sa durée.

**La sédentarité**, ou le comportement sédentaire correspond à une situation d'éveil avec une faible dépense énergétique. Elle correspond au **temps passé en position assise, allongée, ou debout statique** (6).

On peut donc être sédentaire et actif physiquement, en position debout statique. Pour donner un ordre d'idée : passer plus de 8h par jour assis expose à un risque pour la santé (3).

Les comportements sédentaires sont par exemple :

- se déplacer en véhicule motorisé ;
- être assis pour lire, écrire, faire un travail de bureau, étudier, passer du **temps devant un écran** (télévision, jeux vidéo, ordinateur) ;
- être spectateur d'un évènement sportif ;
- être debout dans une file d'attente ;
- être allongé pour lire, regarder la télévision (3).

On cite des mesures simples de lutte contre la sédentarité : penser à faire une pause en marchant 1 à 3 minutes toutes les heures si son travail consiste à rester assis. Rester

debout, téléphoner en étant mobile en marchant, éviter les ascenseurs ou les escalators, en utilisant plutôt les escaliers, etc.

Pour être actif, nul besoin de pratiquer un sport intensif. Même une personne qui n'est pas sportive peut intégrer l'exercice dans sa vie quotidienne et en retirer des bienfaits pour sa santé. La quantité des activités réalisées compte plus que leur intensité.

**L'Activité Physique Adaptée (APA)** est définie comme une activité physique qui est adaptée à des personnes ayant des besoins spécifiques, c'est-à-dire avec des risques médicaux et des indications et contre-indications définies par le Médecin Traitant ou par la structure d'accueil qui organise l'APA (3).

Ci-dessous voici une définition réglementaire de l'APA :

Selon l'article D.1172-1 du Code de Santé Publique (CSP) : « On entend par activité physique adaptée la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires

La dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risques et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée, à la maladie chronique ou à des situations de perte d'autonomie définies à l'article D.1172-1-1 dont elle est atteinte. L'activité physique adaptée s'adresse aux patients n'ayant pas un niveau régulier d'activité physique égal ou supérieur aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé et qui ne peuvent augmenter leur niveau d'activité physique en autonomie, de façon adaptée et sécurisée. Les techniques mobilisées relèvent d'activité physique et sportive et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences » (3).

Selon Quentin Marc, l'APA présente de nombreux bénéfices. Le médecin généraliste occupe une place centrale en matière de prescription d'une activité physique adaptée (4).

**Tableau 1 : liste des référentiels d'aide à la prescription d'AP par pathologie ou état de santé, publiée par la HAS en 2018 (3).**

1. Surpoids et obésité de l'adulte	10. Les personnes âgées robustes, fragiles, à risque de chutes ou atteintes de troubles cognitifs.
2. Diabète de type 2	11. Pendant la grossesse et en post-partum
3. Bronchopneumopathie chronique obstructive	12. Diabète de type 1
4. Hypertension artérielle	13. Asthme
5. Maladie coronarienne stable	14. Maladie de Parkinson
6. Accidents vasculaires cérébraux	15. Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
7. Insuffisance cardiaque chronique	16. États psychotiques
8. Cancers : sein, colorectal, prostate	17. Arthroses périphériques
9. Dépression	

De plus, un arrêté datant du 24 décembre 2020 prévoit qu'après traitement d'un cancer, le médecin peut prescrire **un ensemble de bilans et de consultations dans la limite d'un montant maximal de 180 euros par patient et par an**. Ces prestations peuvent

comprendre un bilan fonctionnel et motivationnel de l'AP par un professionnel d'APA, qui doit donner lieu à l'élaboration d'un projet d'APA. Ce bilan du professionnel de l'APA est rémunéré 45 euros maximum pour une durée d'une heure maximum (3).

**B ) Contexte sanitaire, et les recommandations mondiales d'activité physique (AP), selon l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS).**

Recommandations à propos de l'AP, qui varient selon l'âge de la personne :

- **Pour les âges entre 5 et 17 ans : au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée\* à soutenue\*\* sont recommandées.** Ainsi que 3 séances hebdomadaires d'activité physique aérobies d'intensité soutenue, ceci dans le but de renforcer le système musculaire et osseux.

En pratique : si cette durée n'est pas atteinte, il vaut mieux encourager une AP physique limitée plutôt qu'aucune AP.

Un début en petite quantité d'AP est recommandé, agréable, varié et adapté à l'âge. Puis par la suite une augmentation à la fois de l'intensité, de la durée et de la fréquence est bénéfique pour l'enfant.

- **À partir de 18 ans :** les adultes devraient pratiquer **150 à 300 minutes d'AP** aérobie d'intensité modérée, **soit 2h30 à 5h par semaine**, ou au moins 75 à 150 minutes d'AP aérobie d'intensité soutenue, **soit 1h15 à 2h30 par semaine.**

D'autre part, un adulte en bonne santé devrait pratiquer au vu de son bénéfice sur la santé, **au moins 2 séances** par semaine de **renforcement musculaire** d'intensité modérée ou soutenue.

**À noter que les adultes atteints de maladies chroniques** peuvent tirer davantage de bénéfices sur leur santé s'ils dépassent en durée hebdomadaire les recommandations habituelles d'AP aérobies de l'adulte.

- **Au-delà de 65 ans**, il est recommandé d'effectuer **une plus grande variabilité** d'exercices physiques afin de faire fonctionner plusieurs groupes musculaires pour ainsi diminuer le risque de chute. **Trois séances de renforcement musculaire** par semaine au lieu de deux sont conseillées chez l'adulte de plus de 65 ans.

Dans tous les cas, après 65 ans et pour résumer l'idée générale : les personnes âgées devraient être aussi actives que leurs capacités le leur permettent, ceci en adaptant leur niveau d'effort en fonction de leur forme physique (1).

**Une AP d'intensité faible** est caractérisée par une respiration presque normale, sans essoufflement. La conversation est possible et le rythme cardiaque n'est pas accéléré.

\* **Un niveau modéré d'AP** correspond à un essoufflement modéré : la discussion reste possible malgré une respiration légèrement accélérée. Le rythme cardiaque est peu accéléré et la transpiration absente ou peu présente.

En pratique, voici quelques exemples d'AP modérée : monter lentement les escaliers, marcher à vitesse modérée comprise entre 5 et 6,5km/h, jardiner, faire du vélo ou de la natation de loisir.

**\*\*Une AP d'intensité soutenue** correspond à un essoufflement net, ne permettant de discuter que difficilement, avec des phrases courtes. Le rythme cardiaque est rapide et la transpiration abondante.

En pratique, voici quelques exemples d'AP soutenue : faire du vélo à plus de 20km/heure, monter rapidement les escaliers, marcher rapidement à plus de 6,5km/heure, ou faire une course à pied à plus de 8- 9km/heure.

1. **Recommandations à propos de la sédentarité** : pour réduire la sédentarité, des méthodes simples d'augmentation de l'AP sont possibles. Y compris en majorant l'AP de faible intensité ? Par exemple marcher pendant un appel téléphonique, se mettre parfois et dans la mesure du possible debout devant son ordinateur, l'organisation de réunions debout au travail, garer la voiture plus loin dans le parking pour faire les courses, etc.

Car pour rappel, passer **plus de 8h par jour assis** expose à un risque pour la santé (3).

### **Le contexte sanitaire :**

Ce travail est réalisé dans un contexte de sédentarité et d'inactivité physique croissante, à l'échelle de la France et dans le monde. En effet, nous bougeons de moins en moins.

Par exemple au lieu de nous déplacer comme autrefois, nous sommes désormais transportés.

C'est dans ce contexte qu'a été publié en France en février 2022 un rapport de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (Anses).

Selon ce rapport sur l'AP et la sédentarité, **95 % de la population française ne ferait pas suffisamment d'activité physique (5).**

Par conséquent 95 % de la population française adulte serait donc exposée à un risque de détérioration de la santé par manque d'activité physique et/ou un temps trop long passé assis. Ce risque est majoré lorsque le manque d'activité physique et l'excès de sédentarité sont **cumulés**, ce qui est le cas chez **plus d'un tiers des adultes, selon le rapport.**

Par ailleurs, hormis les 5 % des adultes qui ont une AP suffisante pour être protectrice, dans les 95 % de la population exposée au manque d'AP **certaines catégories de populations sont davantage concernées** par les risques encourus. **Les femmes** sont plus exposées au manque d'activité. En effet 70 % d'entre elles sont en deçà de tous les niveaux d'activité physique identifiés pour maintenir une bonne santé, contre 42 % des hommes (5).

Le risque de sédentarité est majoré chez les **adultes à faible niveau d'étude**, ainsi que pour les **moins de 45 ans.**

**De plus, à propos de la sédentarité en France, d'après l'étude Esteban de 2015,** le temps quotidien moyen passé devant **un écran** en dehors du cadre professionnel (télévision, console de jeux vidéo, ordinateurs), est estimé à 5 h 07 min (1). Et parmi les personnes qui passent plus de 3 heures devant un écran (hors contexte professionnel),

c'est la télévision qui serait l'écran le plus regardé.

Enfin, le baromètre MILDECA/Harris datant de 2021 souligne la **généralisation massive des usages d'écrans, notamment chez les jeunes**. Les usages quotidiens intensifs de plus de 4 heures par jour sont globalement deux fois plus nombreux chez les 15-24 ans que chez leurs aînés, avec des comportements se rapprochant de conduites dites « addictives » (14).

En outre, 8 répondants sur 10 passent plus de temps que prévu sur les écrans et une majorité estime ne pas pouvoir diminuer ou arrêter, notamment pour le jeu, les vidéos et la communication (via les réseaux sociaux) pour les plus jeunes.

**Notons aussi qu'un quart des répondants** (et 42 % des 15-24 ans) **consomme davantage de confiseries, sodas et snacks pendant leurs activités sur écran**. 10 % consomment plus de tabac et 7 % plus d'alcool (1).

Selon l'OMS, d'un point de vue sanitaire, **la sédentarité** serait la quatrième cause de décès dans le monde. En effet, elle serait responsable de 3,2 millions de décès dans le monde chaque année (3). Chez l'enfant et l'adolescent, une sédentarité accrue peut être associée à une adiposité accrue, à une forme physique et une santé cardio-métabolique de moindre qualité. Par ailleurs, la sédentarité dans cette population **diminue la durée de sommeil**, et entraîne des **contacts sociaux de moindre qualité** (1).

**Chez l'adulte, la sédentarité devrait être réduite par une AP, y compris de faible intensité** sans transpiration ni essoufflement. Comme s'habiller, marcher à moins de 4 km/heure en promenant son chien ou en téléphonant, ou se tenir debout.

Un mode de vie avec un niveau de sédentarité élevé devra être **compensé** par une augmentation de la durée d'AP hebdomadaire d'intensité modérée à soutenue.

Le médecin généraliste a également toute sa place dans l'évaluation de la sédentarité de ses patients. Un questionnaire est même disponible selon la HAS :

**Figure 1 : définition et exemple de résultat du score GPAQ (Questionnaire mondial sur la pratique d'Activité Physique) d'évaluation du niveau d'AP et de sédentarité :**

### 5.1 Évaluer le niveau d'activité physique et de sédentarité du patient

Le médecin doit évaluer le niveau habituel d'AP et de sédentarité du patient par l'interrogatoire et/ou par un auto-questionnaire validé. Le GPAQ, qui peut être rempli en ligne par le patient sur le [site Manger-Bouger](#), permet un calcul automatique des durées d'AP et du temps passé à des comportements sédentaires.

**Voici ci-dessous un exemple de résultats d'auto-questionnaire GPAQ. Résultats obtenus en moins de 5 minutes soit le temps pour répondre aux questions du test :**

MANGERBOUGER

MANGER MIEUX

BOUGER PLUS

L'ESSENTIEL

RESSOURCES PROS



**Vous et l'activité physique, c'est une histoire qui marche !**



**Bravo ! Continuez sur votre lancée !**

**Actuellement, vous êtes actif.**

Vous pratiquez une activité physique régulière (marche, tâches domestiques) et/ou une activité sportive qui vous permet d'atteindre la recommandation de pratiquer au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée et élevée, 5 jours par semaine ou plus. **Continuez sur votre lancée !** En effet, l'activité physique vous procure des bénéfices autant sur le plan de **votre forme physique que pour votre moral.**

Pour être encore plus actif/ve sans que cela ne vous prenne trop de temps, plusieurs solutions s'offrent à vous :

### Si c'est envisageable pour vous, pourquoi ne pas vous lever un peu plus tôt ?

Une fois par semaine, par exemple, essayez de vous lever un peu plus tôt pour faire un tour à pied, un petit footing ou quelques exercices de gymnastique chez vous.

### Vos enfants font du sport ?

Profitez de ce moment de "liberté" pour intégrer une marche, une séance de natation ou, si vous en trouvez, une séance de sport supplémentaire dans votre emploi du temps !

### Vous aimez la musique ?

À la maison, sur un fond sonore dynamique ou en écoutant votre émission de radio préférée, faites une demi-heure de vélo d'appartement, si vous en avez un, ou des exercices de gym. Découvrez quelques exemples d'exercices.

### Vous pouvez vous rendre au travail en vélo ?

Profitez-en ! Le vélo est un excellent moyen de mêler l'utile à l'agréable et ainsi de pratiquer une activité physique régulière.

### Vous avez du temps sur votre pause-déjeuner ?

Lors de votre pause de midi, prenez le temps de faire une rapide balade pour vous aérer. Et pour plus de convivialité, n'hésitez pas à motiver vos collègues. S'il y a une piscine dans le quartier où vous travaillez, vous pouvez aussi profiter de votre pause pour aller faire quelques longueurs.

## Niveau de sédentarité

Vous passez moins de 3h par jour en position assise. C'est une bonne nouvelle vous n'êtes pas sédentaire.

En effet, pour rester en bonne santé, il est recommandé, en plus d'une activité physique régulière :

- de réduire le temps passé en position assise ou allongée au quotidien (en dehors du temps de sommeil et de repas), autant que possible ;
- de marcher quelques minutes et de s'étirer au bout de 2h d'affilée en position assise ou allongée et de faire quelques mouvements qui activent les muscles et mobilisent les articulations (rotation des épaules, du bassin, des chevilles, des poignets, des mains, de la tête).

Pensez aussi à limiter le temps d'écran pendant les loisirs à 3h maximum par jour.

JE ME CONNECTE POUR SAUVEGARDER MON RÉSULTAT

REFAIRE LE TEST

C) **Enjeux sanitaires concernant l'activité physique et la lutte contre la sédentarité, risques encourus :**

**À propos de l'activité physique :**

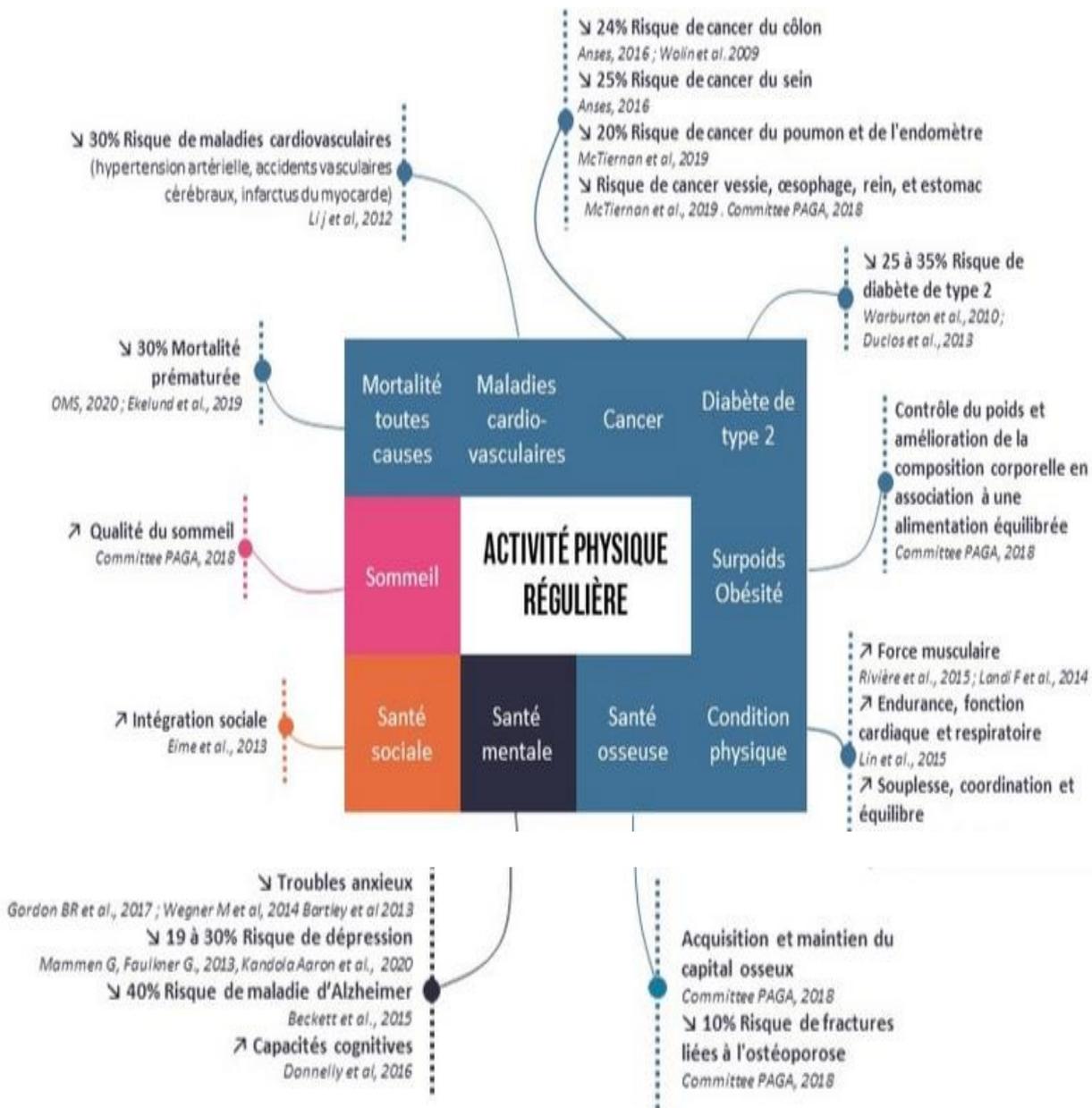
Pour de nombreuses maladies chroniques, l'AP intervient en prévention primaire, et en cas de maladie en prévention secondaire et tertiaire. Elle est considérée comme une thérapeutique non médicamenteuse à part entière pour de nombreuses maladies chroniques/états de santé. Elle peut être prescrite seule ou en association avec une autre thérapeutique médicamenteuse ou non médicamenteuse.

L'AP peut être prescrite en traitement de première intention pour le diabète de type 2, l'HTA non compliquée, le surpoids, l'obésité, l'épisode dépressif caractérisé d'intensité légère à modérée, ainsi que chez les personnes âgées à risque modéré de chute.

Elle peut également être prescrite dans le cadre d'une prise en charge multifactorielle de prévention des chutes, notamment chez une personne âgée à risque élevé de chute, mais aussi à la suite ou en complément d'un programme de rééducation ou de réadaptation selon la pathologie et sa sévérité (1).

**Figure 2 : schéma issu du site de l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS) à propos des bénéfices sanitaires attendus de la pratique d'une AP régulière.**

Créée en 2015, cette structure a pour objectif de rendre la population active et non sédentaire, ceci grâce à **5 grandes missions : observer, créer, accompagner, évaluer et communiquer.**



En 2016, l’OMS publie la stratégie 2016-2025 sur l’activité physique pour la région européenne pour agir contre la diminution continue des niveaux d’AP, et réduire les inégalités d’accès à l’AP des populations (6). Elle s’inscrit dans le plan d’action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 de l’OMS, qui a neuf objectifs, dont : une réduction relative de 10 % de la prévalence de l’inactivité physique d’ici 2025, ainsi qu’une réduction de 25 % du risque de mortalité prématurée imputable aux maladies cardio-vasculaires, aux cancers, au diabète et aux affections respiratoires chroniques ; une réduction de 25 % de la prévalence de l’hypertension artérielle et un endiguement des prévalences du diabète et de l’obésité.

En 2018, l’OMS, dans son Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 : « More active people for a healthier world » souligne qu’il existe **des inégalités importantes d’accès à l’AP en fonction du sexe et du statut socio-économique des individus.**

Les femmes, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes défavorisées, les personnes précaires et les habitants en milieu rural ont moins souvent accès à des lieux et espaces appropriés, accessibles, sûrs et abordables pour pratiquer une activité physique ou un sport. Il rappelle aussi que, selon la Charte internationale de l’UNESCO, « la pratique de l’activité physique et du sport est un droit fondamental pour tous » et souligne qu’il est important de promouvoir le sport à tous les âges de la vie.

Le médecin généraliste a une place centrale dans l’abord de la question de l’AP. D’après le guide de consultation et prescription médicale de l’activité physique publié par l’HAS en juillet 2022, le médecin généraliste devrait recourir à l’entretien de motivation afin d’aborder et d’approfondir ce sujet avec son patient.

La prévention, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient définies dans la Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 (3) font partie des missions des médecins généralistes.

En France, ces missions sont également inscrites dans la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes.

**Figure 3 : L'entretien de motivation, ou entretien motivationnel, d'après un extrait du guide HAS de recommandation de bonne pratique à propos des consultations et prescriptions médicales d'AP, datant du 13 juillet 2022 (1).**

## 5. L'entretien de motivation

L'entretien de motivation est un moment clé de la consultation médicale d'AP. Effectué par le médecin, il doit être renforcé à toutes les étapes du parcours et par l'ensemble des professionnels amenés à superviser les AP prescrites. Il se construit sur les éléments recueillis lors de l'interrogatoire et sur la connaissance que le médecin a de son patient et de son environnement.

Dans le cadre de l'entretien de motivation, le médecin doit :

- évaluer le niveau habituel d'AP et de sédentarité du patient ;
- évaluer son état de motivation pour les AP ou sportives choisies avec lui ou pour sa participation à un programme d'APA (si indiqué) ;
- repérer les freins, agir sur les leviers pour la pratique des AP prescrites et pour un changement de comportement plus actif et moins sédentaire dans sa vie quotidienne ;
- définir avec le patient des objectifs réalistes et réalisables d'AP et de réduction du temps passé à des activités sédentaires et l'accompagner dans la réalisation de ces objectifs ;
- encourager la pratique d'AP ou sportives sous toutes ses formes.

Une instruction interministérielle datant du 3 mars 2017 précise les conditions de dispensation de l'APA prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD). Pour cela, elle propose une classification des patients en ALD en quatre « phénotypes fonctionnels ».

Elle définit les domaines d'intervention préférentiels des différents métiers de l'AP en fonction de ces phénotypes et liste leurs compétences respectives. **Elle propose un formulaire spécifique de prescription de l'AP.** Elle précise que « **ni la prescription, ni la dispensation d'une AP ne font l'objet d'un remboursement** par l'assurance maladie ». Alors même que la prescription d'APA en tant que thérapeutique non médicamenteuse validée relève de l'article R. 4127-8 du CSP et de l'article 8 du Code de déontologie médicale – Liberté de prescription.

Toutes ces données concernant l'AP devraient amener les médecins généralistes à davantage aborder la question de l'activité physique avec leurs patients. Par exemple selon le PNNS révisé en 2024, l'encouragement à l'utilisation de mobilités actives (marches, vélos, etc.) devrait être accru pour le bénéfice à la fois de la santé publique, et aussi de l'environnement ainsi que des territoires (15).

Tous ces arguments nous amènent à nous poser la question de recherche suivante :

**Comment les médecins généralistes abordent la question de l'AP avec leurs patients ?**

# Matériel et méthode

Ce travail consiste en une **analyse qualitative** des données recueillies auprès de 11 médecins, recrutés dans 2 régions françaises différentes. La région Grand Est, en Alsace, dans les départements du Bas-Rhin (67) ainsi que du Haut-Rhin (68). Et en région Ile-de-France dans les départements des Yvelines (78) et du Val-d'Oise (95).

Deux régions différentes ont été choisies afin d'augmenter la variance des réponses, et afin de comparer d'éventuelles différences de discours et/ou de pratiques des médecins concernant l'AP, selon le lieu géographique d'exercice.

La méthode qualitative a été choisie car elle est particulièrement appropriée à cette problématique posée. Ceci afin d'étudier l'aspect relationnel des soins et lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer (19).

Ces médecins ont été recrutés de différentes manières. En réseau d'abord, par connaissance antérieure de l'expérimentateur. Ensuite selon leur fonction, en ciblant par appel téléphonique dans un premier temps certains profils de médecin, l'entretien en présentiel se faisant dans un second temps. Ce fut le cas par exemple du recrutement du médecin coordinateur du réseau sport-santé sur ordonnance de Strasbourg.

**Tableau 2 : Tableau descriptif de la population de médecins interrogés**

	Âge	Sexe	Diplôme(s) supplémentaire(s) : Diplôme Universitaire (DU), etc.	Région d'exercice	Patientèle Durée de consultation
E1	68 ans	H	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DU médecine du sport, de médecine hyperbare, de traumatologie du sport.</li> <li>• Diplôme privé de médecine ostéopathique.</li> <li>• Diplôme de podologie du sport</li> </ul>	IDF <sup>1</sup> urbain	90% MG <sup>2</sup> , 10% Sport /20 minutes
E2	36 ans	H	Non	IDF urbain	100% MG /15 minutes
E3	36 ans	H	Non	Alsace urbain	100% MG /20 minutes
E4	32 ans	F	Assistante Universitaire	Alsace semi rural	100% MG /20 minutes
E5	75 ans	H	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DU de médecine tropicale,</li> <li>• Diplôme d'acupuncture</li> </ul>	IDF urbain	100% MG /20 minutes
E6	68 ans	H	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DU de médecine du sport</li> </ul>	Alsace urbain	100% MG /10 minutes
E7	33 ans	H	Non	Alsace urbain	100% SOS médecin Durée variable
E8	31 ans	F	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DU de médecine du sport</li> </ul>	Alsace, semi rural	100% MG /20 minutes
E9	46 ans	F	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DU de diabétologie,</li> <li>• DU de gynécologie-médicale,</li> <li>• DU d'éducation thérapeutique</li> </ul>	Alsace urbain	Coordinateur réseau sport- santé sur ordonnance Consultation bilan 1h30
E10	66 ans	H	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DU de médecine du sport,</li> <li>• DU de médecine manuelle</li> </ul>	Alsace, semi rural	95% MG, 5% sport /20minutes
E11	54 ans	F	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DU contraception, régulation des naissances.</li> <li>• DU d'orthogénie,</li> <li>• DU de pédiatrie</li> </ul>	IDF urbain	100% MG /20 minutes

*1 Île-de-France*

*2 Médecine générale*

- Plus en détail, la population des médecins interrogés était composée de 4 femmes et de 7 hommes, soit un sexe-ratio de 7/4 ou 1,75.

On note qu'en Ile-de-France le sexe ratio est moins équilibré (3/1) que celui de l'Alsace avec un sexe-ratio SR de  $4/3 = 1,33$ .

- L'âge des médecins interrogés s'étalait de 31 à 75 ans pour une moyenne d'âge de 49,5 ans.
- La population d'étude, soit pour rappel 11 médecins dont 7 d'Alsace, et 4 d'Île-de-France est assez homogène au point de vue de l'âge : 5 médecins <40 ans. 2 entre 40 et 65 ans, et 4 de plus de 65 ans.

7 médecins exerçaient en région Grand-Est, et plus précisément 6 dans le département Haut-Rhin. L'un d'eux avait une activité au sein de SOS Médecins, un autre exerçait aussi dans le Bas-Rhin pour des remplacements occasionnels.

Dans le Bas-Rhin, un médecin a été interrogé ; il s'agissait de la coordinatrice du réseau sport-santé de la région.

- Parmi les 11 médecins, tous avaient suivi un cursus de Médecine Générale au sein de leur faculté respective. 9 d'entre eux exerçaient quotidiennement la médecine générale libérale, 1 médecin exerçait au sein de SOS Médecins et d'un centre de soins non programmés (CSNP). Et enfin un ancien médecin généraliste qui actuellement coordonne le réseau sport-santé des villes de Strasbourg et de Colmar, avec aussi une activité en consultation d'obésité de l'enfant, ceci afin d'inclure - ou non - ces enfants au sein du réseau sport-santé.

En Île-de-France : les 4 médecins exerçaient en milieu urbain, et avaient respectivement 36, 54, 68 et 75 ans soit une moyenne d'âge de 58,3 ans. Un seul praticien était sans Diplôme Universitaire (DU) supplémentaire sur les 4 praticiens franciliens interrogés.

Tandis qu'en Alsace la moyenne d'âge était de 44,6 ans  $((36+32+68+33+31+46+66)/7)$  et la répartition des diplômes supplémentaires était davantage homogène : 3 sans diplôme supplémentaire pour 4 en détenant au moins un.

L'étude s'est basée sur les propos des médecins, recueillis lors d'un entretien semi-dirigé, ou semi-directif, dans le but de répondre à la problématique de thèse (18).

Le questionnaire, ou guide d'entretien, consiste en une série de questions ouvertes. La rédaction de ce questionnaire s'est basée sur une recherche de données issues de la littérature scientifique et médicale existante.

**Ce guide a pu être actualisé et complété** au fur et à mesure du travail de recherche, en fonction du déroulement des premiers entretiens.

Par exemple, celui du moment choisi ou non, lors duquel le MG abordait le sujet de l'AP avec le patient durant la consultation. L'ajout de cette question a été fait de manière spontanée dès le premier entretien.

Un autre exemple d'ajout de questions au sein du questionnaire : en plus de l'âge du médecin, nous avons intégré à cette question le nombre d'années d'expérience et d'exercice de la médecine générale (ceci après le troisième entretien).

Par ailleurs, les entretiens ont été enregistrés via un dictaphone dans le cabinet des médecins. Le temps estimé de l'entretien était initialement de 30 minutes minimum. **En pratique, la durée des entretiens a cependant été comprise entre 58 et 90 minutes.**

Après une analyse à chaud de chaque entretien ainsi qu'une retranscription incluant les hésitations, les répétitions ou tics de langage, les données retranscrites de ces onze entretiens ont été regroupés dans un seul fichier Word intitulé « Synthèse de première relecture ».

À noter que la retranscription a aussi permis d'anonymiser les données.

L'analyse était thématique, puis transversale avec catégorisation des thèmes sélectionnés. Les entretiens ont été triés en une douzaine de thèmes.

**Au vu de la richesse et de la longueur des entretiens, nous avons constaté, à partir du 9<sup>ème</sup> entretien, un début de répétition des discours** concernant certaines questions liées à l'activité physique ainsi qu'à la sédentarité. Nous avons effectué 2 entretiens supplémentaires, limitant le nombre de médecins interrogés à 11, pour considérer qu'une suffisance de données était atteinte.

# Analyse des Résultats :

## **I : Techniques d'introduction et de discussion du sujet de l'activité physique avec les patients :**

Les phrase(s) qui permettent l'introduction du sujet de l'AP.

Les moments de la consultation où les MG abordent le sujet de l'AP.

I. 3. Sur la forme ; les techniques de discussion qu'utilise le médecin au sujet de l'AP :

I. 3. 1. La technique de l'entretien motivationnel (EM).

I. 3. 2. La technique de l'argumentation.

## **II. Contenu de fond, suivi et réponses thérapeutiques données au patient :**

Les thèmes abordés de plaisir, d'environnement spatial et temporel liés à l'AP.

Parfois, le médecin déconseille ou adapte l'AP.

Représentations liées à l'AP et les différents liens associés à d'autres sujets de santé :

II. 3. 1. Activité physique évoquée selon l'histoire de vie du patient.

II. 3. 2. Relations particulières et représentations liées à l'AP.

II. 3. 3. Associations faites avec la sédentarité et l'alimentation, ainsi que d'autres indications.

II. 4. Convaincre les patients selon différents arguments thérapeutiques de l'AP.

## **III. Le suivi et les réponses thérapeutiques données au patient à propos d'AP :**

III. 1. Le rapport qu'ont les médecins interrogés avec les recommandations d'AP.

III. 2. Vécu et difficultés rencontrées avec les patients à propos du sujet de l'AP :

III. 2. 1. Idée du manque de temps à consacrer à l'AP, ou de découragement et d'épuisement à en parler et répéter à propos de ce sujet de prévention.

III. 2. 2. Idée et difficulté à tenter d'éviter de se sentir culpabilisant.

III. 2. 3. Difficultés dans la prise en charge des blessures du sportif.

III. 2. 4. Autre difficulté relevée : motiver les patients à pratiquer l'AP.

III. 2. 5. Avec quel type de patient aborder le thème de l'AP.

**IV. Les facteurs qui vont influencer le discours en fonction des caractéristiques des médecins** (âge, diplômes, lieu d'exercice, degré et évolution des convictions, etc.).

**V. Rôle(s) thérapeutique(s) du médecin généraliste concernant l'activité physique.**

Organisation du suivi de leurs patients.

Parmi les réseaux de prise en charge adaptée : le recours à l'activité physique adaptée.

Discussion

Conclusion

## **I. Techniques d'introduction et de discussion du sujet de l'activité physique avec les patients :**

### **I. 1. Les phrase(s) qui permettent l'introduction du sujet de l'AP.**

Tout d'abord, il ressort que les 11 médecins interrogés **ont tous déclaré** aborder la question de l'activité physique avec leurs patients, y compris les médecins n'ayant pas d'affinité particulière avec le sujet comme E11, qui déclare être plutôt tourné, dans sa pratique, vers les suivis gynécologiques et pédiatriques des patients.

Les médecins interrogés déclaraient **aborder le sujet de l'AP de manière directe, par des questions directes**. E1 par exemple en parle directement, voire se qualifie de « frontal » avec un ton sûr de lui.

*E1 : « Frontal. Je leur demande la question : quel type d'activité physique pratiquez-vous ? » ou « Comment est-ce que vous faites de l'AP ? ».*

Ce type de question était le plus répandu parmi les médecins interrogés. Certains médecins posaient cependant la question différemment, de manière directe certes et **sans citer le mot** « activité physique ».

*E11 : « Est-ce que vous bougez ? ». Ceci car « l'AP ce n'est pas forcément du sport c'est bouger son corps. ».*

Par ailleurs, outre l'abord direct du sujet, **certains praticiens explorent le sujet en posant des questions indirectes**. E8 par exemple demande au patient en pensant à l'AP « *ce qu'il a fait durant le week-end* ». En effet, sans nommer l'AP, E8 demande ce que le patient a fait pendant son temps libre et évalue ainsi le temps qu'il a passé à l'intérieur et

à l'extérieur du domicile. E8 prend donc en compte la notion d'activité physique, et **évalue par le même temps la sédentarité.**

Hormis ce qu'ils ont fait durant le week-end ou le temps passé au domicile, E8 questionne les **centres d'intérêts** du patient. Ceci afin d'essayer de trouver une AP ou d'en intégrer une aux centres d'intérêts du patient.

*E8 : « Quels sont leurs loisirs, leur(s) centre(s) d'intérêt(s) ? Arrive le sport dans les centres d'intérêt. Est-ce que dans la semaine il s'occupe un peu du jardin ? Est-ce qu'il a un enfant, et qu'il promène son enfant ? ».*

E8 interroge donc **l'activité physique familiale** du patient. Par exemple il dit vérifier :

*E8 : « que les mères de famille sortent bien dehors avec leurs enfants, etc. ».*

Par ailleurs outre la vie familiale et de loisirs, certains médecins interrogés questionnent le patient sur le ou les moyen(s) utilisé(s) pour **se rendre au travail**, comme E3 et E8. La **profession** du patient est aussi souvent demandée. Par exemple E7 dans son activité de SOS médecin voit une seule fois le patient : ceci constitue à la fois un avantage et un inconvénient d'après lui.

*E7 : « L'avantage c'est qu'on remet tout à plat, ça dépend du temps qu'on veut investir dedans. Notamment dans la prévention comme tu dis. Et remettre les choses à plat c'est refaire le point, notamment dans leurs antécédents. Et c'est vrai que moi j'ai tendance à poser systématiquement la question de leur **activité professionnelle**. L'inconvénient c'est qu'il n'y a pas de suivi. ».*

Par ailleurs avec SOS Médecins, d'après E7 : « *ce qui est très intéressant c'est qu'en visite on va chez les gens donc on voit leur environnement de vie* ».

L'approche personnalisée de questionner l'AP dépend aussi du « statut » du patient. Par exemple si le médecin sait que sa patiente est une **mère de famille**, E8 s'adresse de manière différente à ce type de profil :

E8 : « *Les mamans, les mères de famille là elles n'ont pas le temps de faire 1h de squash tous les jours. Donc plutôt une activité dans ce sens-là : 'Comment vous allez au travail ?' Des choses comme ça pratico-pratique, 'Qu'est ce que vous avez fait ce week-end ?' Des trucs pratico-pratiques quoi 'Vous avez fait quoi avec les enfants ce week-end ? Est-ce que vos enfants font de l'activité extrascolaire ?' ».*

Ce qui permet à E8 d'étudier les habitudes de vie familiale, ainsi que de délivrer quelques conseils éducatifs. Notamment à propos des bénéfices sanitaires obtenus chez les enfants qui pratiquent de l'AP régulièrement : ceux-ci sont en meilleure santé. E8 précise au patient que « *ça rentre dans l'éducation des enfants aussi* » (E8 en parlant des activités extrascolaires).

Encore à propos des enfants, E1 note qu'une absence d'AP peut retentir sur l'évolution corporelle du patient. E1 parlant d'une enfant de 9 ans ne pratiquant pas d'AP :

E1 : « *Elle ne fait pas de sport tu vois elle paraît molle, avec un visage de bébé presque tu vois ?* ».

Outre l'abord du sujet de l'AP par le médecin directement ou indirectement, certains entretiens révèlent que **c'est parfois le patient qui aborde de lui-même le sujet de l'AP**. Le patient pointe donc la nécessité de pratiquer l'AP pour lui-même, devant le médecin qu'il prend alors en témoin. On peut supposer que cette méthode permet au patient de se motiver et s'auto-convaincre. Par exemple E11 rapporte que des patients abordent la nécessité de se mettre à l'AP surtout en cas de surpoids, au moment de la pesée :

*E11 : « Le sujet de l'AP est abordé notamment quand le patient se rend compte que 'c'est trop, y a trop de gras, y a trop de poids'. Ceci est aussi l'occasion de parler de nourriture et que 'ce serait bien de bouger un peu.' Je dis souvent ça : 'Ce serait bien de bouger un peu' ... ça, c'est ma phrase ».*

E11 en détails, conseille au patient de majorer quotidiennement ses déplacements actifs :

*E11 :« En général je conseille voilà de faire de petites choses qui ne sont pas de l'activité physique identifiée comme telle. Voilà je conseille de ne jamais prendre les escalators ou les ascenseurs, de faire les choses à pied quand on peut les faire à pied, heu voilà. Pour moi ça reste sommaire, du sentiment que j'en ai. Après il y a des gens chez qui ça prend : ouais ya des gens ça prend : ils se transforment en fait ! Je les revois et puis voilà petit à petit je vois qu'ils ont un peu perdu du poids. »*

Ce dernier exemple nous permet ensuite de nous interroger sur quand le sujet de l'AP est abordé durant la consultation ? Car comme le dit E4 : « *Eh bien c'est soit eux qui abordent le sujet, soit nous* ». Ceci à quel moment ?

## **I. 2. Les moments de la consultation où les MG abordent le sujet de l'AP.**

La plupart des praticiens ont d'abord répondu spontanément que le moment d'aborder le sujet de l'AP durant la consultation n'était pas défini à l'avance. En effet les réponses spontanées étaient souvent qu'il n'y avait « **pas de moment précis** ». Au motif que la consultation médicale consistait en un « entretien très libre », sans « déroulé précis » d'après E6.

En demandant des précisions durant les entretiens et en développant les réponses, il s'avérait qu'il existait **différents moments plus propices pour aborder le sujet de l'AP durant la consultation** : on peut premièrement citer le moment **de l'interrogatoire**. Au motif de compléter les antécédents et le mode de vie du patient. Surtout lorsque ce dernier n'est pas ou peu connu par le médecin, l'occasion d'aborder le sujet de l'activité physique est toute trouvée :

*E1 : « surtout pour refaire les antécédents »* d'après E1, et E7 ajoute : « *c'est un moment propice pour connaître la profession du patient, et savoir comment il se rend au travail* ».

Deuxièmement, l'AP est souvent évoquée par les médecins interrogés lors de **l'examen clinique , ou juste après**. Par exemple au moment de la prise de la tension, ou bien au moment de la pesée comme on a pu le voir ci-dessus.

Un troisième moment propice est celui où le sujet des traitements médicamenteux est abordé. Lors du renouvellement d'ordonnance le plus souvent mais pas seulement. E6 précise qu'il en parle peut-être plus fréquemment au moment où il donne la réponse thérapeutique de la consultation.

*E6 : « En plus du traitement, avez-vous pensé à..., etc. ».*

Enfin quatrièmement la **fin de la consultation**, lors de la conclusion le patient souhaite parfois terminer la consultation sur le sujet de l'AP :

*E4 : « Ah au fait Docteur, je souhaite perdre du poids » ou « Je me suis mis au sport » ou « J'ai rendez-vous la semaine prochaine chez une diététicienne », etc.*

Lorsque c'est le cas surtout si le patient parle de faire un régime restrictif ou prendre rendez-vous avec une diététicienne, E4 déclare ne pas hésiter à déborder sur son temps de consultation afin d'aborder le sujet comme elle l'entend. E4 souhaite éviter la pratique d'un régime restrictif et parle plutôt de rééquilibrage alimentaire, ceci par une consultation spécifique dédiée à l'abord de ce sujet ou bien en adressant la ou le patient en consultation avec l'infirmière Asalée du cabinet.

Les différents propos ci-dessus montrent que les médecins interrogés peuvent aborder la question de l'AP à tout moment de la consultation, finalement.

Intéressons-nous maintenant aux médecins interrogés qui décrivent des moments semble-t-il plus « choisis ».

En effet, certains praticiens ont une **idée très précise** du moment où ils vont aborder le sujet de l'AP.

E1 évoque le fait d'en parler au moment de rédiger ou de renouveler l'ordonnance, car il leur dit que l'AP est un moyen d'alléger le traitement.

Autre exemple avec E10 : pour lui c'est le plus souvent après l'examen clinique :

*E10 : « entre la 10<sup>e</sup> et 15<sup>e</sup> minute de consultation ». Pour information et afin de mieux comprendre l'organisation de la pratique de E10, voici un résumé du déroulé de sa 'consultation-type' : « La consultation dure 20 minutes. En général, il y a d'abord le recueil de leurs maux/plaintes. Après je sais moi-même que je vais rajouter mes éléments à moi dans la consulte. Puis il y a l'examen clinique qui dure rarement plus de 2 minutes. Et c'est là qu'il y a alors quelques petites plaintes qui viennent, et c'est en rebondissant sur ces plaintes-là qu'on parle d'AP. Oui c'est dans la 2<sup>e</sup> moitié de la consulte. Mais je veux dire que ça peut être entre la 10 et la 15<sup>e</sup> minute. Je ne termine pas forcément là-dessus. On va terminer le plus souvent sur l'ordonnance et sur les conseils qu'on donne. Par exemple si on prescrit de la kiné : ce qu'on veut obtenir de la kiné, etc. ».*

Enfin, on peut citer des **moments informels de consultations** où l'occasion se prête à aborder le sujet de l'AP. Par exemple lorsque l'on commente un bilan biologique.

*D'après E2 : « lorsqu'on regarde **le bilan** de la dernière fois avant l'examen ; voilà on parle du **sucre** qui est en train de monter, on parle du **LDL** on parle de tout ça lorsque les marqueurs sont anormaux. Donc là on peut enchaîner tout de suite sur le côté nutrition/activité physique, ça va vraiment de soi. »*

Enfin, prenons aussi comme second exemple que le sujet est souvent abordé au moment de la **mesure du poids**. À propos de la pesée même si nous en avons déjà parlé : certains médecins ne pèsent pas ou rarement leurs patients. D'autres uniquement pour le suivi des patients chroniques (E4) et enfin d'autres systématiquement (E11).

Certaines indications sont répétées lors des entretiens à propos de la pesée : le suivi chronique, les enfants, les soucis aigus type diarrhées, la gériatrie. On note que parfois le **patient anticipe le sujet par une affirmation de type** : « *Ah oui j'ai pris un peu de poids, je bouge moins en ce moment* ». Ce qui permet au médecin d'explorer les différentes causes possibles de la prise de poids.

Soulignons donc l'importance de la mesure du poids, en ayant obtenu le consentement préalable du patient. Cette mesure paraît donc être une porte d'entrée à de nombreux sujets de conversation : AP, nutrition, idée que les patients se font de leur corps, etc.

### **I. 3. Sur la forme ; les techniques de discussion utilisées au sujet de l'AP : les techniques de l'entretien motivationnel (EM) et de l'argumentation :**

Comme mentionné ci-dessus, on observe en résumé que l'AP est un sujet fréquemment abordé en consultation. Souvent de manière directe, avec une question de type « Comment est-ce que vous bougez ? », « Pratiquez--vous une activité physique ? ». Puis selon la réponse du patient le médecin développe ensuite. Parfois la question est indirecte : « Qu'avez-vous fait de beau le week-end dernier ? Avez-vous fait des activités hors de la maison ? » E8.

Une majorité de médecins abordent la question de l'AP de **manière affirmative, en délivrant des conseils**. Tandis qu'une minorité semble en plus de cela utiliser la technique de l'entretien motivationnel comme il serait recommandé de le faire d'après la HAS.

La différence se fait surtout ensuite lors de la discussion à propos de l'AP : lorsque le médecin creuse le sujet, on observe une différence claire entre les praticiens au **discours plutôt affirmatif 73 %**. Le ton affirmatif consistant à délivrer des conseils et des arguments afin de convaincre le patient de faire de l'AP. On peut s'apercevoir que parfois il y a une difficulté à motiver certains patients. Difficulté relevée par la totalité des médecins interrogés, à propos de patients qui ne voulaient tout simplement pas faire d'activité physique.

*E1 : « Ma stratégie c'est essentiellement le côté traitement non médicamenteux, perte de poids, et chez l'enfant heu tu vois l'histoire des enfants trisomiques ? Qui font les bébé nageurs VS ceux qui en font pas avec un moins bon développement psycho- moteur ça c'est quelque chose qui revient souvent. Et puis après c'est la perte de poids, le ralentissement du rythme cardiaque, c'est vraiment très basique. Très terre- à-terre C'est tous les bénéfices du sport et de l'activité physique qu'on peut trouver : la prévention pour le cancer 25% d'avoir un cancer, ça n'empêche pas d'avoir un cancer mais, ça empêche les récives. Ben, c'est essentiellement de la vulgarisation. **Vraiment de l'information, c'est ça ma stratégie.***

*Une autre stratégie, c'est aussi et les gens le feront d'eux-mêmes : c'est ... ils te regardent. Et ils voient bien comment tu es. Quand ils demandent quel âge tu as et que je leur dis ben j'ai ça : « Ha bon ? » Hé bah oui ben comment on fait pour*

*garder la ligne, pour paraître jeune et tout ça ? Ben si on a fait une activité physique*

*régulièrement. – Oui, oui – c'est vrai qu'une activité physique de plein air c'est bien aussi hein. Mais c'est pas une stratégie qui est intentionnelle, je fais pas du sport et de l'activité pour ça. Mais je m'aperçois et c'est en te parlant que finalement, ça rentre dans le regard qu'ont les autres sur l'activité physique ».*

Voici un autre exemple de ton affirmatif avec E1. Il cite un exemple de patient qui a pris 90 kg en 30 ans :

*E1 « on va prendre tout simplement la dernière consultation avec un Monsieur de 160 kg que je suis depuis 40 ans qui, **malgré mes injonctions permanentes**, a pris du poids, progressivement ; il aussi des ulcères aux jambes. Outre la diététique, parce que je pense qu'il faut qu'il fasse de la diététique, je lui ai demandé comment vous faites pour... **quelles sont vos activités physiques ?** Il m'a répondu 'Je vais faire du rameur'. J'ai dit 'eh bien faut pas dire 'je vais faire' il faut dire 'je fais du rameur'. Il répond 'et je vais aller dans la salle et tout'. Bon... ça a été.... Il est plein de bonne volonté hein ? Je le connais depuis 30 ans. Ses enfants faisaient du BMX dans la ville, il était partie prenante même dans le club de BMX, mais... inexorablement il a pris du poids et... 160 kg, c'est énorme'. Le patient dit avoir commencé à faire 1000 pas le matin et 1000 pas le soir. Ce à quoi E1 répond en souriant : « Il a une fois de plus commencé (rire de sa part) parce que c'est... c'est un sujet que j'aborde tous les 6 mois avec lui... je n'y peux rien et je m'aperçois que... bon. Mais si je n'aborde pas ce sujet eh bien, j'ai l'impression de n'avoir pas fait mon job. »*

Un nombre minoritaire de praticiens interrogés 27 % posent quant à eux, des questions plutôt ouvertes. Ceci avec l'aide de la **méthode de l'entretien motivationnel (EM)**. Cette méthode a pour avantage de pousser le patient à s'interroger de lui-même sur les bénéfices de l'AP pour sa santé. Ou sur les bénéfices qu'il pourrait obtenir par la pratique de l'AP dans le cas où il ne pratique pas encore.

**L'EM permet au patient de trouver de lui-même des réponses à apporter** sur la faisabilité dans sa vie quotidienne d'une initiation ou d'une augmentation de fréquence de ses séances d'AP.

A noter aussi que cette méthode est la méthode recommandée par la HAS dans son dernier guide de recommandations de bonne pratique.

Par exemple E4 relis un courrier du cardiologue concernant le « poids à perdre », extrait :

*E4 : « Poids à perdre », une chose qu'elle sait hein, ces patients-là ils savent en fait c'est... faut arrêter de leur dire « faut perdre du poids » ils le savent très bien. Ils le voient tous les jours devant la glace je pense. Heu donc là c'est plutôt leur trouver des solutions et donc là, l'activité physique. Pourquoi elle était un peu réticente à en faire avant ? 'Heu pas le temps'.*

*Ouais pas le temps voilà c'est ça. Et donc voilà je lui dis est-ce que vraiment c'est un 'pas le temps', ou est-ce que c'est un peu mélangé parce que on est tous un peu pareils finalement (..) on aurait jamais le temps, mais si jamais on a des horaires fixes et que c'est comme ça bah on y va, et donc on en a discuté un petit peu et elle a euh, accepté d'y aller.*

*On verra après ce que ça donne. Nous l'avantage du réseau-santé c'est qu'à ce moment là on fait une réunion avec eux, en gros lorsqu'on fait la demande puis que les patients y vont, ils nous contactent on fait soit par une visio soit lors d'une réunion présentielle. Avec les médecins ou avec l'équipe infirmière qui l'a vu, souvent les infirmières au départ. Pour établir un peu le ressenti par rapport à nous, et établir un plan de soin coordonné quoi. Et pour revenir à la consultation : voilà j'ai fait les papiers, on a discuté j'ai mis l'adresse avec leur numéro de téléphone... ».*

Ou E9 qui dit par exemple utiliser cette méthode de l'entretien motivationnel afin de comprendre la vie et le quotidien des patients. Afin d'inclure au mieux l'AP dans leur vie, mais que le frein principal dans la réalisation de cet objectif est la limite du temps à y consacrer :

*E9 : « J'ai une formation d'entretien motivationnel aussi. Les entretiens motivationnels donc voilà on essaie de comprendre aussi qui sont les gens, ce qu'ils veulent, et bien entendu on va pas avoir le même discours si la personne elle a 70 ans ou si elle en a 40, selon le vécu et selon la pathologie bien sûr oui... Et chez l'enfant oui on va essayer de voir un petit peu ce qu'il veut et tout mais alors là chez l'enfant c'est l'éducateur sportif qui le fait il essaie d'explorer qu'elles sont les motivations de l'enfant et il essaie de les renforcer bien sûr.*

*Et voilà et alors forcément en consultation, au fur et à mesure du temps, c'est devenu de plus en plus important de parler de ça, mais dans la vie d'un médecin généraliste : on n'a pas le temps de faire ça. On n'a pas le temps parce que les gens viennent : ils sont diabétiques, faut regarder la glycémie, faut les examiner, faut renouveler le traitement, est ce qu'ils sont allés chez le cardio ?*

*Et puis faut faire leurs vaccins, puis en fait ils ont mal au genou et, enfin voilà. Donc c'est pas un temps que l'on peut avoir. Enfin c'est difficile je pense ceux qui font ça ils sont vraiment doués. Et à côté de ça ben je suis convaincu des bienfaits de l'activité physique sur tout type de maladie chronique, clairement. On le voit. Voilà donc c'est quelque chose, qu'au début sincèrement ça ne m'effleurait même pas et au fur et à mesure en fait que j'ai appris grâce à l'éducation thérapeutique quand même ce que c'était finalement un patient, ce que c'était de vivre avec une maladie chronique, j'ai commencé à comprendre qu'on pouvait prendre en charge les choses autrement. Que pas juste en étant là, descendant « faut faire ça, faut faire ça »*

## **II. Contenu de fond, suivi et réponses thérapeutiques données au patient :**

II. . Les thèmes abordés de plaisir, d'environnement spatial et temporel liés à l'AP.

**Précisons dans son contenu les techniques « d'abord » du sujet de l'AP.** L'approche du sujet de l'AP est, comme vu précédemment, circonstancielle : selon le déroulé de la consultation. Et selon les possibilités de temps disponible durant cette dernière.

Concentrons-nous sur les différentes approches utilisées par les médecins interrogés. Et qui semblent centrées sur les goûts et plaisirs du patient, ses habitudes, son état de santé, son environnement (lieu d'habitation, moment de l'année). Comme nous allons donc le détailler, l'approche pour aborder le sujet de l'AP semble **personnalisée**.

Essayer d'adapter le discours à chaque patient, en prenant en compte son environnement de vie et ses goûts. D'après E1, certains patients préfèrent pratiquer l'AP seuls, tandis que d'autres préfèrent la pratiquer en groupe.

*E1 parle d'explorer les « goûts, et **plaisirs** » et les « choix » du patient, et évoque « la chance d'avoir des espaces verts. Le problème c'est que tout le monde n'est pas prêt. Il y a des gens pour qui ça va être un peu à toi et à ton ressenti ... pour orienter un peu les gens tu vois ? ».*

E1 expose que les gens ont un besoin d'AP, mais que ce besoin n'est pas forcément comblé. Et que le rôle du médecin généraliste est d'aller encourager et influencer le patient pour le motiver à combler ce besoin.

*« Les gens en ont besoin. Ils sont déprimés, un peu anxieux. Ils ont besoin de faire des choses dehors. Tu écouteras l'émission radio de ce matin, elle disait que **la couleur verte est anti-anxiété**. C'est-à-dire que ça va permettre d'apaiser les gens quand tu vas faire du sport en plein air, c'est mieux. Après il y a des gens qui se sentent bien uniquement lorsqu'ils vont voir leurs copains ou leurs copines en salle de sport, voilà. De toute façon faut arriver à un moment à bousculer les gens, et à ce qu'ils se bousculent eux-mêmes. »*

Toujours dans l'idée de proposer de l'AP au patient en fonction de **son environnement spatial**, on constate qu'en milieu rural la marche en forêt est proposée.

*E10 : « pratiquer la marche dans la forêt plutôt qu'en ville, selon les possibilités et goûts des patients ».*

Ainsi que des activités implantées selon la ville ou le village de résidence du patient. Par exemple, **installé en milieu rural, E10 propose en priorité « la ou les activité(s) physique(s) disponibles dans le village du patient »**. Et E1 nous donne aussi l'exemple du long-côte, une pratique de randonnée qui consiste à longer le bord d'une mer ou d'un océan. En étant partiellement immergé jusqu'aux genoux, aux hanches, au nombril voire jusqu'aux aisselles. Cette activité est évidemment infaisable en Ile-de-France.

Outre le lieu géographique de vie du patient, un autre exemple d'adaptation du discours de certains médecins interrogés concerne **l'environnement temporel** du patient. En effet différentes propositions d'AP peuvent varier selon la période de l'année à laquelle a lieu la discussion à ce sujet. Autrement dit les médecins adaptent leurs discours selon les différentes AP possibles selon **la saisonnalité**. Par exemple, pour encourager à l'AP durant l'été :

*E1 : « une remise en forme avant la prochaine année associative et année scolaire à venir ». Ou bien l'idée de E8 : « de se préparer et s'entretenir l'été, avant la rentrée »*

À l'approche de la **rentrée associative**, la notion de choisir l'AP selon les choix et goûts des patients est très présente. Selon E1 le choix de son AP ne devrait pas être un choix par défaut ou par convenance. Mais plutôt un choix effectué par goût et par plaisir.

*E1 : « A l'approche de la rentrée le patient va choisir une activité. Plutôt que de s'inscrire à une activité où il reste de la place, mais qui ne va pas forcément lui plaire : il est important que le patient choisisse une activité physique qui lui plaise.*

*Et quand on voit les gens en début de saison qui vont au **forum des associations**, je leur dis bien : 'il ne faut pas vous inscrire parce que c'est le dernier truc où il y aura de la place. Il faut que vous vous inscrivez là où ça vous fait plaisir' ».*

Puis de fil en aiguille, hormis le goût et le plaisir de l'AP, **une autre source de motivation** à la pratique d'AP pour certains patients est de **côtoyer certaines personnes d'une année sur l'autre**.

*E1 : « Ou alors vous avez des gens qui vont faire une activité physique parce qu'ils connaissent très bien un coach et ils s'entendent très bien avec lui et puis voilà. »*

## **II. 2. Parfois, le médecin déconseille ou adapte l'AP.**

Tandis que beaucoup de médecins interrogés disent avoir pour objectif d'initier ou de maintenir l'AP de leurs patients, d'autres ajoutent qu'ils déconseillent parfois certaines AP.

Et ceci particulièrement si le médecin interrogé est en possession d'un DU de médecine de sport. En effet une pratique peut être adaptée voire déconseillée selon différentes situations, ce qu'un médecin diplômé de médecine du sport semble plus à même de repérer. Situations davantage « à risque » que d'autres par exemple selon l'état de santé du patient, ou à propos d'un « mésusage » de la pratique d'AP.

**Par exemple une AP peut être déconseillée ou réadaptée selon le terrain.** E1, détenteur d'un DU de médecine de sport, évoque le cas des femmes enceintes. Il conseille d'éviter de découvrir une nouvelle AP durant la grossesse.

AP à laquelle le corps n'est pas habitué. En effet et par bon sens, pratiquer par exemple, enceinte, du vélo ou du saut d'un plongeur à la piscine semble déraisonnable. Hormis le manque d'habitude des muscles à pratiquer l'AP, se mettre au cyclisme durant la grossesse sans avoir pratiqué précédemment peut s'avérer dangereux notamment à cause du risque de chute, contrairement à des femmes enceintes cyclistes habituées pour lesquelles la pratique reste faisable durant les premiers mois de grossesse.

*E1 : « Les femmes enceintes déjà cycliste auparavant oui, elles en font. Les premiers mois parfois même tardivement jusqu'à ce que le ventre les gêne trop ».*

Un autre exemple celui du football et des sports de vibrations trop intenses. E10 déconseille préventivement lui aussi.

*E10 : « Quelqu'un qui a fait du foot à 20 ans et qui va essayer de reprendre le foot à 50 ans. Je vais peut-être essayer de lui dire : y a peut-être autre chose à envisager ? Voilà pardon mais bon... ou quelqu'un qui s'inscrit dans une salle alors qu'il n'a jamais pratiqué et qui dit : 'Je vais faire du renforcement musculaire' c'est peut-être inadapté. S'aider d'un coach au début ou penser à se mobiliser plus doucement serait plus adapté, vu le nombre de blessures que je vois en consultations.»*

Les propos sont similaires de la part d'E6 qui va adapter la pratique sportive selon l'état physique du patient.

Par exemple à propos du tennis, si le patient souhaite de nouveau jouer au tennis et que ses épaules sont parfois douloureuses :

*E6 : « Bon vous n'allez pas servir très fort à 60 ans, ou du moins à la cuillère hein ? Evitez simplement de jouer toutes les balles, on n'est pas à Roland Garros hein ? (sourire). Ou de jouer les balles au-dessus des épaules, comme vous avez des douleurs d'épaule. ».*

**AP déconseillée** là encore **selon le type de pratique**. E10 parle lui aussi de l'importance de **réorienter l'AP** de certains patients. Ceci car « ses patients ont vieilli avec lui », et il parle de « *déjà connaître dans 90 % des cas les habitudes de ses patients* ». C'est pourquoi il adapte son discours pour principalement parfois réorienter certaines AP selon le vieillissement de ses patients.

*E10 : « réorienter l'AP de mes patients vers des AP plus douces et plus compatibles avec leur vieillissement ainsi que la dégénérescence ostéoarticulaire. Je propose principalement des activités physiques en décharge : piscine, vélo, et marche, si cette dernière est encore possible. Sinon de l'elliptique. »*

Il en va de même pour E6 qui cite un « cas archi classique » : E6 va déconseiller à un patient sédentaire qui a la quarantaine son projet de marathon. Là encore la notion de plaisir est centrale dans l'argumentaire d'E6, qui évoque le risque de blessure et de douleur à pratiquer un marathon à l'âge de 40 ans sans habitude de pratique. **Il propose plutôt de pratiquer de plus courtes distances, avec une reprise progressive de l'AP.** Car « *c'est en faisant de plus courtes distances comme un 10km qu'ils auront moins voire pas de douleurs. Et pourront pratiquer avec plaisir* ».

Un moyen de modifier les habitudes d'AP vient aussi parfois de la motivation du patient, et aussi parfois d'un sentiment de peur vis-à-vis d'éventuels risques de survenue de maladie.

*E11: « Je pense que ça marche parce qu'ils avaient ça en eux et on les a juste un peu poussés. Et il y a des gens à qui les facteurs de risques cardio-vasculaires font très peur. »*

### **II. 3. Représentations liées à l'AP et les différents liens associés à d'autres sujets de santé :**

#### **II. 3. 1. Activité physique évoquée selon l'histoire de vie du patient.**

Certains médecins citent l'intérêt d'aller explorer le passé et l'histoire du patient. E10 évoque par exemple « **les tendances**, ce qu'ils ont cherché par le passé » en terme d'AP.

D'autres médecins parlent même de **destinée à la reprise d'AP**. E11 par exemple évoque le fait d'avoir le rôle de motiver les patients à reprendre l'AP. Comme une sorte de « détonateur » à la reprise, évoquant la force du destin :

*E11 : « parce que c'était leur 'destin' de continuer, quand d'autres ne sont vraiment pas fait pour la pratique ».*

Dans cette idée d'activer la motivation des patients, E7 souhaite être « peut-être un **élément déclencheur** » en lui donnant des arguments en faveur de l'AP. Ceci en disant au patient par exemple qu'il pourrait soulager ses lombalgies par de l'AP.

A contrario de ces derniers propos d'AP liée à la destinée du patient, certains médecins comme E2 ou E6 au contraire évoquent plutôt **la possibilité de pratiquer l'AP de manière universelle**. C'est-à-dire le fait que tous les patients peuvent faire de l'AP (« *Tout le monde peut faire de l'AP* » E6) et qu'il faudra trouver comment augmenter cette AP dans le quotidien de chaque patient, de manière personnalisée. Une AP pratiquée à son rythme, avec des objectifs adaptés au patient. Ceci afin d'éviter de mettre la barre trop haute. Et « même si on n'a pas les moyens ». Que cela soit au domicile si le patient n'a pas envie de sortir, ou à l'extérieur. Et en fonction de ce qu'on fait, en fonction de notre travail et de notre jour de repos.

*E2 : « Donc ça c'est vraiment quelque chose qui est important à soulever parce que tout le monde peut faire de l'activité physique : il n'y a pas d'excuse. »*

E7 dans la même idée évoque même la possibilité de regarder des **vidéos YouTube** au domicile, si l'on ne souhaite pas sortir du domicile.

*E7 : « tout type de mouvement est possible : on peut aussi bien prendre un tapis chez soi et faire des abdos. Ou juste du Pilates, ou regarder sur YouTube : il y a plein de vidéos possibles. Ou alors aller marcher, mais marcher en étant un peu essoufflé. Et ne pas forcément dire à chaque fois qu'il faut faire de la natation pour les lombalgies ».*

Chez E6 : on retrouve cette notion de proposer l'AP selon **le ressenti et le vécu du patient**, ce qu'il me dit faire. Exemple de RESENTI : « *je ne veux pas faire ça* » « *je ne veux pas aller à la piscine* » « *je ne peux pas me mettre en maillot de bain* » « *je ne peux pas me déshabiller* » « *je n'ai pas l'argent pour aller dans une salle de sport* » « *je n'ai pas de vélo, je ne peux pas rouler à vélo* » « *c'est trop dangereux* », voilà le ressenti.

Exemple de VÉCU : « *Et le vécu c'est : qu'est-ce que je fais réellement. Où est-ce que vous habitez, est-ce que vous travaillez ? Est-ce que vous ne pouvez pas aller de chez vous jusqu'au travail à pied par exemple ? Où est-ce que vous faites les courses ? Est-ce que vous prenez la voiture systématiquement ? Vous pouvez parfois y aller à pied en prenant un petit caddie, refaire les courses à pied, aller au marché.* »

### **II. 3. 2. Relations particulières et représentations liées à l'AP.**

E7 se représente l'AP avec la notion que « **le mouvement, c'est la vie** » en utilisant l'image de la rivière qui s'écoule avec une eau souvent claire et transparente. Au contraire de l'étang à l'eau stagnante, souvent moins pure. E7 utilise parfois pour le patient un **langage métaphorique**. Selon lui « *les images, ça parle bien* » à certains patients, pour leur faire comprendre que dans le corps il y a des fluides qui doivent s'écouler correctement. Dans la même idée, E7 parle d'AP afin d'essayer de **donner un élan** au patient, des « clés ».

Être un « déclencheur ». Si cela marche, tant mieux. Et si cela n'initie pas le patient à l'AP : un médecin donnera d'autres clés.

De plus, E7 veille à ne pas brusquer le patient, il se dit « non frontal ». Au contraire d'E1 qui a un discours plus « percutant ».

*E1 : “Cela va être à nous de l’orienter, voire parfois il faut « bousculer » les gens. De toute façon, il faut arriver à un moment où il faut bousculer les gens, et qu’ils se bousculent eux-mêmes”. E1 tempère tout de même en disant qu’il parle d’introduire le sujet « selon le ressenti que l’on a du patient ».*

Un « **colloque singulier** » est évoqué par E5 entre le médecin et son patient. Le sport est représenté par le fait de « bouger ». Et non comme une performance physique ou sportive selon lui. L’AP est un critère de bonne santé parmi d’autres :

*E5 : « Je l’aborde dans le sens des critères : comment il mange ? Car l’alimentation c’est important. Est-ce qu’il marche pour aller à son boulot ? Est-ce qu’il vit dans la pollution ? Ça, c’est intéressant aussi ».*

Par ailleurs E5 se représente la fonction du médecin comme celui ou celle qui doit **accompagner le patient** dans ses **épreuves de vie**. Épreuves qu’elles soient physiques, et/ou psychiques. Psychiques aussi car E5 constate qu’il y a de plus en plus de dépressions par exemple.

Durant l’entretien, E5 répète plusieurs fois qu’il faut soigner 3 composantes d’un individu : le corps, mais également l’esprit et l’âme. Ceci en **encourageant une triple activité : physique, psychique et spirituelle**.

Voici des exemples d'activité physique selon lui qu'il demande « à la louche » : marche, jardinage, bricolage, salle de sport, vélo. Les exemples d'activités psychiques sont : « est-ce qu'il a des activités sociales par exemple, à son travail ? Le travail c'est l'activité sociale par excellence : comment il se trouve dans son travail ? Ça lui plaît ? Qu'est-ce qu'il a déjà fait comme travail antérieurement ? Est-ce qu'il y a des conflits avec ses employés, ses supérieurs, etc. ? Et exemples d'activité plus spirituelle : afin de se motiver, et/ou trouver un idéal ou combler un manque d'idéal : la danse, le chant, la sculpture, la méditation, pratiquer un instrument de musique. »

Enfin beaucoup de médecins abordent le sujet de l'AP devant une situation de surpoids : cette représentation est forte chez eux comme dans la population générale. L'AP est vue de manière utile pour diminuer le surpoids.

### **II. 3. 3. Associations faites avec la sédentarité, l'alimentation, le sommeil et d'autres bénéfices :**

#### **Association faite avec la sédentarité :**

À propos de sédentarité, une courte majorité des personnes interrogées abordaient la notion de sédentarité avec leurs patients. Contre une courte minorité qui ne le font pas ou très brièvement.

E3 parle par exemple de sédentarité comme du **temps passé devant un écran. Il aborde le sujet uniquement chez l'enfant et en cas de surpoids**, ou si le parent lui évoque ce problème.

E1 admet au contraire qu'il devrait parler de sédentarité car en pratique, il ne le fait pas.

*E1 : « ah oui ça je n'en parle pas, c'est vrai que je devrais...dommage qu'on fasse cet entretien alors que je vais partir en retraite dans quelques mois ! ».*

Pour les médecins qui questionnent leurs patients sur la sédentarité, les questions étaient souvent en rapport avec **le temps passé au domicile, ou le temps passé devant les écrans, le type de travail** – une secrétaire a davantage de risque de sédentarité qu'un métier d'enseignement par exemple – et en fonction du **mode de déplacement pour aller sur son lieu de travail**.

Pour se rendre au travail, le bénéfice côté santé est mis en valeur par plusieurs médecins. Un **argument écologique** est même utilisé par E3. S'il observe que le patient paraît sensible et concerné par cette cause, E3 en fait la promotion et étudie avec lui les différentes solutions possibles pour de se rendre au travail. Idéalement directement à pied ou à vélo lorsque cela est possible :

*E3 : « Donc pour les personnes qui n'habitent pas trop loin de leur travail à vélo ou à pied : ça peut être utile. Pour les personnes qui habitent un peu loin du lieu de travail : il faut bien sûr calculer le temps de trajet hein ? Donc en voiture, en transport en commun et s'il y a une opportunité à pied ou à vélo, il faut la privilégier. Il y a des gens qui me disent 'voilà je marche 15 minutes par jour'. Bon c'est déjà pas mal pour quelqu'un qui est sédentaire, mais clairement ce n'est pas suffisant.*

*Donc c'est pour ces raisons-là que je conseille, lorsqu'on a la possibilité lorsque l'on va au travail de prendre le vélo, ou de faire de la marche car en plus de faire de l'activité physique, cette démarche ne prend pas trop de temps personnel. Donc ça, ça peut être une bonne chose. En plus on protège l'environnement : c'est une bonne chose. On peut utiliser ce dernier argument pour les patients sensibles à la cause environnementale. C'est la tendance ; la cause environnementale, on peut jouer là-dessus aussi ».*

De plus à propos de sédentarité, E8 questionne à la fois le patient sur « *ses activités durant le week-end, sur ses loisirs, et en connaissant sa profession ainsi que le(s) moyen(s) utilisé(s) pour se rendre au travail* ». E8 confirme que la voiture est « *un moyen de déplacement assis et sédentaire, plus sédentaire que les transports en commun car il faut marcher pour se rendre en gare* ».

Ensuite **les activités sur les jours de repos** sont également questionnées. Y compris en sachant **si le patient a ou non des enfants, et s'il fait des activités avec eux.**

*E2 : « Je l'interroge aussi donc : pendant les jours de repos : sont-ils plutôt à la maison ? Ou bien sortent-ils pour faire des activités ? Et aussi c'est important de savoir si les patients ont des enfants ou pas. Parce que souvent quand on a des enfants, bah forcément on est obligés de sortir pour faire des activités avec les enfants. Et c'est vrai que moi j'essaie aussi dans ma pratique quand je vais parler de sport, ou quand les gens sont déprimés par exemple : je leur demande quelles sont un peu leur façon de s'évader.*

*J'essaie de pas toujours mettre le sport en évidence je leur demande un peu quels sont leur(s) point(s) d'intérêt. Est-ce que c'est la musique ? Est-ce que c'est ...? Et à partir de ce point d'intérêt je leur dis il faut aussi bouger un peu parce que c'est vrai que c'est bien de, par exemple faire de la guitare (rire) : mais c'est un peu sédentaire la guitare hein ? C'est.... Vous verrez vous serez plus performant si vous allez un petit peu marcher. La marche c'est vraiment quelque chose de très facile à conseiller aux gens ».*

**Pour en revenir sur le travail, à propos des métiers physiques :** femmes de ménage par exemple. Il y a l'idée de ne pas proposer d'autre activité physique sur les jours travaillés (E2 n'aura par exemple pas tendance à proposer des alternatives de mode de déplacement autre que la voiture). Car le travail équivaut déjà à un sport selon lui, un sport physique, mais assez peu cardio. C'est pourquoi E2 aura tendance à proposer des **séances de cardio sur les jours de repos** pour les professionnels ayant un travail physique mais pas ou peu « cardio ».

Enfin, pour contrer la sédentarité, il y a l'idée d'encourager les **déplacements actifs** au quotidien. Par exemple marcher jusqu'à la boulangerie afin d'éviter la voiture, ou prendre les

escaliers plutôt que les escalators. E9 évoque aussi **les mêmes techniques à effectuer au travail, si celui-ci présente un risque de sédentarité.**

Par exemple d'après E9 il faut penser à « *surélever l'écran d'ordinateur afin d'être debout, téléphoner en marchant, faire des réunions debout, etc.* ».

### **Association avec l'alimentation :**

De nombreux rapports entre l'alimentation et l'AP sont établis par les médecins interrogés. C'est d'ailleurs l'association la plus fréquemment rapportée, au moins autant que l'association AP et sédentarité.

Nous allons détailler les concepts du 50/50 alimentation-AP, du calendrier d'AP et d'alimentation, et les consultations diététiques de l'infirmière Asalée.

L'un des praticiens propose par exemple à ses patients de remplir un calendrier sur 7 jours d'AP et d'alimentation, ou semainier d'AP et des repas, où le patient devra noter son alimentation, ainsi que son activité physique avec la durée des séances. E8 donne l'exemple d'un patient disant souvent marcher 1h, alors que dans son calendrier nutritionnel et d'activité physique le patient a en fait marché 10 minutes, 2 fois dans la semaine.

De plus E8 note à côté du calendrier et pour rappel une assiette symbolique avec une moitié de légumes, un quart de protéines et un quart de féculents. Ainsi qu'une petite roue de vélo afin de rappeler au patient l'importance de la pratique d'une AP régulière.

*E8 ajoute : « et ... je mets souvent un vélo à côté pour leur dire qu'il faut augmenter l'activité physique, diminuer le sucre et diminuer le gras, etc. ».*

D'autres comme E4 vont parler d'alimentation en fonction du terrain du patient ou du motif de consultation, par exemple en situation d'obésité :

*E4 : « Alors ça dépend, activité physique il y a tellement de choses finalement. Je sais pas si toi t'étais plus enfant ou adulte ou tout, mais il y a aussi tout un message de prévention chez les enfants. Et si on fait juste l'adulte, y a soit le côté prévention qui est hyper important, soit le côté où y a déjà une obésité et on va accentuer encore plus sur le côté nutrition et activité physique ».*

D'autres comme E2 donnent des conseils en imageant par **une symbolique de « 50-50 »** c'est à dire **50% d'alimentation, et 50% d'AP**. Ceci avec l'idée que l'alimentation et l'AP c'est aussi important l'un et l'autre : 50/50. Les deux jouent un rôle, autant l'un que l'autre, sur les chiffres du cholestérol par exemple.

E2 donne souvent ce « **langage imagé du 50/50, moitié- moitié** » à ses patients lorsqu'ils expriment la difficulté d'équilibrer leur bilan de cholestérol malgré un rééquilibrage alimentaire récent : il faut également selon lui dépenser l'énergie et les graisses ingérées :

*E2 : « Le cholestérol, c'est 50 % d'activité physique, et 50 % d'alimentation. Moitié- moitié ». En effet E2 a dit cela par exemple à propos du cas d'une patiente qui venait pour des chiffres de cholestérol perturbés et qui disait pourtant faire attention à son alimentation ces dernières semaines. E2 utilise cette formule du « 50/50, moitié- moitié » d'une part afin d'imager son propos, mais aussi dans le but de donner une explication physiologique du métabolisme à la patiente : « Même si l'on mange sainement, il faudra aussi 'brûler' entre guillemets les calories absorbées et faire une AP ».*

L'AP permet de lutter également contre l'excès alimentaire et donc calorique, même si E11 décrit ne pas aborder fréquemment le sujet.

*E11 : « Je n'accorde pas une grande place à l'AP dans mes messages de prévention, **même si je sais qu'il faudrait**. J'ai pas mal de gens qui ont des FDRCV évidemment, de l'hypertension, qui sont gros. Y a beaucoup de gens gros, qu'est-ce que les gens sont gros, qu'est-ce qu'on mange trop ! ».*

Par ailleurs, pour parler de nomenclature hormis le terme « alimentation », les praticiens interrogés parlaient aussi de **rééquilibrage alimentaire**. Et non de régime. Ceci lorsque le patient demande des conseils en alimentation ou lorsque le patient souhaite perdre du poids par exemple.

S'en suit alors une consultation spéciale organisée par E4, après avoir rempli un **calendrier alimentaire sur 3 jours**.

Ou bien E4 adresse plutôt le patient à son **infirmière Asalée pour une consultation centrée sur la diététique**, cela dépend des fois.

**Association avec le sommeil** : le sommeil a été une seule fois cité par les médecins interrogés. En dépit du fait qu'aucune question directe relative au sommeil n'ait été posée, le praticien qui nous en parle semble très intéressé par le sujet :

*E4 : « L'importance des gens qui ne font pas du tout de sport et qui sont très stressés... »*

*Voilà on voit arriver des gens parce que ça ne va pas, ils ne dorment plus... rien que le conseil de reprendre une activité physique benh pour moi ça a autant de valeur et ça aura encore plus de valeur que le psychologue, que ces choses-là. Donc oui on va conseiller un psychologue mais clairement, moi systématiquement je repose la question du sport : où on est ? Parce que y a pas mieux pour évacuer un stress qui malheureusement est dans beaucoup de travail et .. pas enlevé quoi (...) Pour moi le sommeil je trouve que c'est tellement important ! Soit ils viennent pour un trouble du sommeil 'Bon je viens parce que je dors mal' et là c'est pas juste : ' Je te prescris un somnifère et au revoir'. Il faut aller comprendre. »*

E4 prescrit un agenda de sommeil en cas de trouble de sommeil. Ceci devant des indications comme les troubles de l'endormissement, ou en cas de réveils nocturnes.

*E4 : « S'ils ont du mal à s'endormir ou s'ils se réveillent plusieurs fois, s'ils se réveillent très tôt, s'ils cogitent ».*

La complexité des consultations et leur durée semblent acceptées par E4 : *« Ce sont des consultes souvent très longues car il faut aller chercher, faut aller comprendre pourquoi ».*

Les causes peuvent être très diverses : parfois simples et modifiables.

*E4 : « Parfois ce sont des gens qui font du sport le soir et qui ne dorment pas ensuite quoi.' Et le plus souvent c'est davantage un stress, de l'angoisse ou d'autres problèmes.*

*C'est souvent un reflet d'autres choses. C'est des gens qui viennent parce qu'il y a beaucoup de stress, d'angoisses donc là on va en parler. L'agenda du sommeil ne va pas servir car c'est vraiment ça qui fait qu'ils ne dorment pas. Donc là il faut élargir pourquoi effectivement si c'est vraiment du stress ça ne va pas régler tout, mais ça va faire une partie ».*

### **Autres associations faites : selon l'âge, les caractéristiques du patient :**

Selon l'âge du patient, par exemple aux personnes âgées :

E4 : « *Est-ce que vous marchez un petit peu tous les jours ?* »

Ou par exemple devant un patient jeune :

E1 : « *Quel type de sport faites-vous ?* » « *Es-tu inscrit dans un club de sport ?* »

En même temps que la discussion autour du tabac : au départ la question « *Est-ce que vous fumez ?* » puis par exemple E1 enchaine en parlant d'AP et en expliquant pourquoi l'AP favorise et aide au sevrage tabagique :

*E1 : « Quand vous arrêtez de fumer, heu vous supprimez une dépense d'énergie. Parce que 1 : vous supprimez un coupe-faim, ça tu as dû déjà m'entendre dire ça. Vous supprimez un coupe-faim, donc vous allez manger davantage. Et 2 vous supprimez une dépense d'énergie liée à l'assimilation du tabac, donc faut augmenter votre dépense d'énergie.*

*La seule façon d'augmenter cette dépense d'énergie liée au fait de manger plus et de diminuer l'absorption de tabac c'est de faire une activité physique. Tu vois je trouve que chez le fumeur, l'arrêt du tabac est un bon moyen de rentrer dans l'activité physique. »*

Selon le motif de consultation : c'est le cas par exemple d'E7 à SOS-médecin :

*E7 « la question de l'activité physique je la pose selon le motif de consultation ou de visite à domicile : par exemple tout ce qui est douleur rhumatismale ou lombalgies/dorsalgies etc. Là oui je pose la question de l'AP et de la profession. Donc ça c'est vraiment des questions que je pose. En cas de dorso-lombalgies je pose la question dans ces cas-là : est-ce que vous faites de l'activité physique ? Effectivement et notamment aussi des étirements ».*

Pour des patients qui n'ont pas l'air de sortir beaucoup de chez eux, E7 conseille de visionner des **vidéos Youtube** de kinésithérapeutes ou de coachs sportifs qui donnent des informations d'activité physique et d'étirements.

Il y a enfin l'**application « activ dos »** sur internet, enfin sur les téléphones. Appli faite par la sécurité sociale.

*E7 : « ça aussi ça permet de reprendre une petite activité, alors certes c'est une à 5 minutes par jour, mais au final - je leur dis ça souvent -c'est que ça ne sert à rien de faire une session de 2h une fois par semaine : il vaut mieux faire petit à petit tous les jours, un peu tous les jours. »*

Selon la condition socio-économique :

D'après E1 les étudiants, qui ont souvent davantage de temps libre, sont plus à même de pratiquer sereinement de l'AP. De plus ils peuvent trouver le temps surtout qu'on sait qu'à un moment donné, on se dégage l'esprit et on est plus apte à réfléchir après une séance d'AP.

*E1 : « c'est vrai que les étudiants, qui ont le temps, je leur dis que leurs résultats seront meilleurs s'ils pratiquent de l'AP, ça oui je leur dis ».*

#### **II. 4. Convaincre les patients selon différents arguments thérapeutiques de l'AP.**

**Il semblerait que chaque médecin ait des thèmes de prédilection, qui gravitent autour de l'abord du sujet de l'AP.** Ces thèmes sont partagés et communs entre les différents médecins interrogés, et se recoupent. Comme déjà citée ci-dessus : la prévention du risque cardio-vasculaire a été unanimement soulignée, mais aussi l'amélioration des chances de succès du sevrage tabagique, de l'état psychologique, la lutte contre le surpoids. Ou encore la sensation accentuée de bien-être.

**Argument(s) en addictologie :** l'AP aide au sevrage tabagique, et augmente les chances de succès.

*E2 : « l'activité physique ça permettra du coup d'aider le sevrage du tabac par exemple. Donc c'est quelque chose qui peut être bénéfique aussi, parce que pour les gens qui sont vraiment tabagiques, ben souvent leur crainte lors de l'arrêt du tabac sera de prendre du poids ».*

La gestion du stress et des émotions est également évoquée dans le sevrage tabagique. E2 évoque par exemple la gestion de la colère, facilitée par l'activité physique. L'effet néfaste du tabac en moins.

*E2 : « Et en même temps qu'est-ce qu'on va faire si on est énervé et qu'on est pas bien. Benh du coup je leur dis qu'on peut remplacer le tabac par l'activité physique. Comme ça on pourra avoir le même effet qu'avec une cigarette, sans les effets néfastes ».*

De plus, nous diminuons une dépense d'énergie en arrêtant de fumer car on ne métabolise plus les cigarettes fumées. Du coup pour compenser ce manque de dépense énergétique et **éviter la prise de poids** : l'AP est efficace pour aider au succès du sevrage tabagique d'après E1.

*E3 aborde également le sujet : « Quand je propose de parler du tabac à un patient, eh ben finalement l'activité physique elle va se glisser parce que bah clairement, ça va aider aussi. L'AP aide à soigner la notion de plaisir, la notion d'endorphine, la notion de gestion des émotions, et des gestions des pulsions qui amènent à fumer. Enfin voilà donc ça se glisse finalement assez souvent l'activité physique dans la consultation. »*

**Argument selon le risque de blessure ou de surmenage** : un excès d'AP peut s'avérer néfaste pour la santé. Une solution serait de varier les différentes activités physiques. E7 aborde par exemple le risque de surmenage et parle aux patients « sportifs » du risque

d'être impacté par une AP excessive.

Il y a par ailleurs une risque de blessure liée à l'AP de **sports ludiques**. Sports ludiques qui peuvent engendrer un comportement **impulsif** lié au jeu, et donc un **risque de blessure** en cas de manque d'entraînement ou d'habitude dans la pratique.

*D'après E11 : « ... faire du foot, du rugby des choses comme ça : souvent ils sont trop âgés pour faire des trucs comme ça. Mais l'activité ludique est intéressante. C'est sûr qu'un jeu... les jeux de foot, rugby, etc. Il y a un aspect compétition mais on risque de se blesser, car l'activité est trop impulsive. Et alors là ça pose des problèmes : on se foule, ou se fait des entorses. Le tennis par contre on risque assez peu de se blesser sauf à courir comme un lapin. Généralement on court après la balle au tennis, c'est intéressant ».*

Afin d'éviter la blessure, E1 préconise de **varier les activités physiques, et particulièrement avec des AP en décharge** :

*E1 : « la natation c'est excellent. Je leur dis de s'inscrire quelque part, en faisant un club de promenade, tout simplement ou de faire du vélo ».*

On note enfin et par ailleurs que l'AP peut être **déconseillée en cas de maladie infectieuse**, surtout s'il y a de la fièvre ou une fatigue importante du patient :

*E1 « Moi je sais que quand ils ont de la fièvre et tout, et que je sais qu'ils sont sportifs : je leur dis 'mollo, vous allez pas vous entraîner' parce que tu sais le côté néfaste d'une pratique sportive, lorsqu'on est malade aussi, t'as déjà dû entendre parler des rhinopharyngite et tout ça, des sportifs qui... et après ils*

*font... c'est exceptionnel mais heu l'activité physique, le sport en tout cas l'entraînement augmente la perméabilité cellulaire et puis facilite l'entrée des virus dans les cellules et ça peut provoquer on dit des myocardites. J'en ai jamais vu moi hein ? Mais c'est décrit....*

*Et t'as certains sportifs qui ont bien compris que ça ne servait à rien de s'entraîner : non seulement tu gâchais ton entraînement et en plus tu gâchais ta condition. Parce que t'étais encore plus malade. Ce qu'il faut c'est trouver un juste milieu alors... quand toi tu te connais c'est facile à dire, après tu sais pas comment ça va être interprété parce que tu sais pas où les gens vont mettre le curseur ».*

**Arguments en rhumatologie :** afin d'éviter par exemple les **lombalgies chroniques**. Et les autres douleurs qui parfois peuvent être liées à une prise de poids.

La prise de poids est aussi régulièrement citée par les médecins interrogés.

*E7 : « la question de l'activité physique je la pose selon le motif de consultation ou de visite à domicile. Par exemple tout ce qui est douleur rhumatismale ou lombalgies/dorsalgies etc. Donc activité physique et profession. Donc ça c'est vraiment des questions que je pose. En cas de dorso-lombalgies : ' je pose la question dans ces cas-là : est-ce que vous faites de l'activité physique ? ' Effectivement et notamment aussi des étirements ».*

**Argument(s) en cancérologie :** C'est comme la prévention des cancers : on s'est aperçu que les gens qui font du sport ont **25 % de chance en moins** de développer un cancer.

De plus l'AP réduit aussi le risque de **récidive de cancer**, et améliore les problématiques psychologiques qui se posent suite au diagnostic de cette maladie.

*E9 : « L'AP est un moyen hyper pertinent, hyper performant et intéressant que ce soit pour l'approche du cancer. Et pour le bien-être psychique. Parce que du coup pendant ou après un cancer nous avons aussi des problématiques psychologiques importantes ».*

**Argument(s) de pharmacologie** : l'AP permet de maintenir une bonne santé, et donc de retarder un éventuel traitement médicamenteux.

Et si un traitement est déjà installé ou doit l'être, l'AP permet dans de nombreux cas de **ne pas augmenter les doses, mais de les stabiliser, voire mieux, de les réduire.**

*E1 : « Lorsque le patient pratique une activité physique, l'intérêt c'est 1 pour moi de d'abord retarder la prise de médicaments pour l'HTA par exemple. Soit si un traitement de l'HTA devient nécessaire, je sais que les doses seront moindres si le patient pratique la course à pied par exemple. Et c'est pareil pour le diabète ».*

D'autre part hormis pour les traitements anti-hypertenseurs et anti diabétique, E2 a observé dans sa pratique qu'une activité physique régulière ainsi qu'un rééquilibrage alimentaire – grâce au conseil du 50/50 évoqué précédemment qu'il donne aux patients afin de mieux équilibrer un bilan de cholestérol par exemple - pouvait retarder ou éviter

une introduction de traitement médicamenteux par statines.

*E2 « Il en va de même pour les statines. Cependant avant de les introduire, la pratique d'une activité physique et un rééquilibrage alimentaire semblent importants ».*

L'AP agit donc comme un **outil thérapeutique** sans doute très efficace, qui a pour objectif clair de « **potentialiser tous les traitements** » d'après E1, et E6.

E6 cite les anti-HTA, anti-diabétiques, les psychotropes, les hypnotiques et les médicaments améliorant la fonction respiratoire : l'asthme, la BPCO, l'emphysème. Il répète que tous les médicaments sont un peu potentialisés grâce à l'AP.

**Argument(s) en pédiatrie** : Les enfants pratiquant une activité physique ont un **meilleur développement psychocorporel**. D'après E1 les bébés qui allaient en activité physique type « bébé-nageur » avaient un meilleur développement du schéma corporel par rapport à ceux qui n'y allaient pas.

Par ailleurs en cas de blessure ou de douleur transitoire, E1 dit à propos des enfants qu'il est difficile de les faire changer d'activité physique. Hormis les enfants qui pratiquent le triathlon, ces derniers peuvent varier leur AP en fonction de leur état physique. Pour les autres enfants, mieux vaut leur prescrire une période de repos complet.

*E1 : « Hormis les enfants de triathlètes, peu vont faire du vélo. Ou peu vont aller à la piscine en cas de blessure d'où l'importance de persuader les parents pour accompagner et inciter l'enfant à se reposer ».*

Par ailleurs, pratiquer l'AP avec du **bon matériel** est important. E1 cite l'exemple de douleurs aux genoux d'un adolescent qui pratiquait le foot avec du matériel défectueux,

une paire de crampons usagés.

**Argument(s) en prévention ainsi qu'en soins psychiatriques** : sur le plan psychiatrique aussi, les patients qui ne sont pas bien - troubles anxieux, dépressions notamment - peuvent trouver à travers la pratique d'une AP une amélioration de leur moral et de leur bien-être psychologique :

*E2 : « l'activité physique c'est quelque chose qui est bénéfique aussi, au niveau du moral »*

L'idée de même conditionner la prescription d'un arrêt de travail dans certains cas de patients anxieux et/ou en dépression, à la condition qu'ils sortent au moins 30 minutes/jour de chez eux est mise en place par E8. Ceci afin qu'il puisse aller mieux, et d'essayer de prévenir le risque d'isolement social lié à l'arrêt de travail.

*E8 : « J'essaie de négocier et de conditionner certains arrêt de travail au fait que le patient sorte au moins 30 minutes par jour. Pour qu'il puisse avoir une activité physique et pour rencontrer du monde, pour qu'il ne soit pas isolé ».*

À noter enfin à propos de cette idée d'éviter **un possible isolement social** que le groupe de marche hebdomadaire mis en place par E4 et l'infirmière Asalée du cabinet, une fois par semaine, a permis à des personnes qui marchent bien mais qui étaient un peu isolées, de retrouver un contact social régulier.

**Argument thérapeutique** : une plus grande chance de guérison accélérée en cas de pratique d'AP.

En effet en cas de virose ou d'une pathologie liée à l'activité physique, E1 va faire en sorte « que la maladie soit la plus courte possible ».

*E1 : « voilà et que pour la reprise, si on doit les arrêter, leur dire 'ben attendez là vous étiez arrêté, mais faut pas reprendre comme au premier jour. Il faut reprendre progressivement, faire du foncier, du travail technique, et puis c'est seulement après que vous allez pouvoir reprendre l'entraînement' ».*

De plus il parle de l'intérêt d'éviter la prise de poids en cas d'arthrose. Que ce soit avec la marche, la course à pied ou le vélo. Idem pour une pathologie de hanche ou d'épaule.

*E1 : « Si on fait rien on s'aperçoit que cela s'aggrave. Ou si on force trop, ça va aussi s'aggraver. Et il faut trouver un juste milieu dans la vie quotidienne. Sans se faire mal, mais surtout ne pas bloquer le mouvement ».*

### **III. Le suivi et les réponses thérapeutiques données au patient à propos d'AP :**

#### **III. 1. Le rapport qu'ont les médecins interrogés avec les recommandations d'AP**

Hormis 2 d'entre eux, la majorité des médecins interrogés disent connaître les recommandations et donnent une durée minimale quotidienne d'activité physique comprise entre 20 et 30 minutes/jour. Beaucoup sont d'accord sur le fait que ces recommandations donnent un « cadre », mais qu'en pratique le discours est à adapter à chaque patient, ainsi qu'à son mode de vie.

En plus de connaître les recommandations, les médecins interrogés déclarent que celles-ci influencent cependant peu leur pratique. Elles apportent simplement des « *informations supplémentaires, pour se mettre à jour* ».

Un exemple selon E1 de mise à jour :

*E1 : « La nécessité de ne désormais plus faire de certificat médical sportif pour les enfants. Le suivi des enfants se fait en revanche lors des visites médicales obligatoires des carnets de santé. »*

E1 recommande par exemple 5 fois 30 minutes par semaine au minimum, puis ensuite d'adapter l'AP selon les objectifs que se fixe le patient. Voici ses recommandations :

*E1 : « Je leur dis qu'il y a un minimum à faire. Et le minimum c'est 30 minutes 5 fois par semaine, ça c'est le minimum ; ça peut être 45 minutes 3 fois par semaine. Il y a un minimum, ça dépend quels sont les objectifs. Si c'est pour perdre du poids : si vous faites moins de 45 minutes d'endurance vous ne perdrez pas de poids. On s'est aperçu que 30 minutes 5 fois par semaine, ben si vous faites de l'endurance et que vous faites aussi de la mobilité articulaire, c'est bien de panacher quelques fois toutes les activités. Ça dépend tout le temps... en fonction des possibilités des gens aussi, parce que c'est important de connaître les possibilités des gens. »*

Pour E2, il y a des études qui ont montré qu'à partir de **20-30 minutes/jour**, c'est déjà un sport.

*E2 : « Je conseille au moins 30 minutes par jour, surtout pour cette patiente qui est à la retraite. Mais pour une personne qui travaille, qui n'a pas forcément le temps de faire du sport : alors cela peut être faire du vélo d'appartement, devant la télé au retour au domicile. Ou sinon 3 fois par semaine, mais en effet 1 h 30 peut être, cela peut être potentiellement intéressant aussi ».*

De plus E3 préconise « 30 min d'activité physique par jour au minimum. Et en termes d'intensité, le but, ce n'est pas qu'il se fasse mal, mais c'est un effort d'endurance au minimum. Enfin un effort d'endurance, c'est ce qu'il y a de mieux je pense pour la santé en général. Et alors je ne sais pas trop, peut être que je n'insiste pas sur l'intensité. C'est vrai que par rapport à la marche vs marche rapide, je précise que c'est plus intéressant ».

E3 se sent influencé par les recommandations qui préconisent de parler le plus souvent possible d'AP.

*E3 : « L'impression de partenaire, d'éducateur, et du coup une posture enfin. En tout cas je vais les encourager, donc ça va influencer mon discours. Essayer de rendre acteur le patient. Leur donner de l'espoir aussi, ça peut être 30 min par jour, c'est bien au moins 5 fois par semaine ensuite, même si c'est l'idéal de bouger tous les jours ».*

Au contraire, les médecins qui déclarent ne pas utiliser ces recommandations minimisent leur impact sur leur pratique. Voire les trouvent inutiles, sans les utiliser car d'après E4, « les gens savent ».

E4 ne juge pas utile ces recommandations et du coup il n'en cite pas. Pour E4, ces recommandations sont assez inutiles, car déjà connues de tous :

*E4 : « Tu sais les 30 minutes par jour, ils sont forcément au courant ils ont... C'est écrit partout c'est, si tu veux... à la télé c'est voilà forcément ils sont au courant. (...) Tout le monde sait qu'il faut faire du sport. Le tabac tout le monde sait qu'il faut arrêter. Enfin un tabagique il sait qu'il doit arrêter le tabac. C'est pas comme ça qu'on va l'aider. Une personne en surpoids elle sait qu'elle est en surpoids. Enfin une personne obèse sait qu'elle est obèse. C'est comme tout, on*

*sait qu'il faut faire du sport ».*

E5 lui non plus ne parle pas de recommandation. Il évoque cependant « la nécessité, voire la responsabilité » pour soi et sa santé à pratiquer de l'AP. E5 n'utilise pas, et ne semble pas connaître précisément de recommandation.

E6 dit être assez peu influencé par les recommandations. Comme E1, il est déjà convaincu.

*E6 : « Ce ne sont pas des références qui m'incitent à le faire. Les références confortent dans l'idée que c'est vraiment un outil important quoi. C'est vraiment un outil thérapeutique important, voilà, essentiel. »*

Pour E6, en termes de durée, il faut « bouger **20 minutes par jour, 2 h par semaine** » pour retrouver un équilibre à la fois moral, psychologique et physique assez rapidement.

Le patient en tire un bénéfice important en termes de lutte contre les maladies, de lutte contre la sédentarité, lutte contre la perte de masse musculaire et de souplesse, et il gagne une espérance de vie tout à fait évidente.

E7 : Je leur dis : « Les recommandations sont plus **un cadre** et il faut essayer d'adapter ça en fonction du contexte, de la profession et du lieu de vie ». C'est facile de dire aux gens « *Voilà, bougez 30 minutes par jour, tous les jours* ». Mais en fait il faut apprécier leur environnement pour essayer d'adapter les recommandations. Les recommandations officielles, je crois que c'est **150 minutes** par semaine d'activité physique, **ou 30 minutes sur 5 jours.** »

E8 connaît ces recommandations : « *30 minutes de marche 3 fois par semaine* ». E8 essaie de s'adapter à chaque patient pour intégrer ou augmenter l'AP dans sa vie.

E9 : connaît les recommandations, cependant E9 côtoie uniquement des enfants. Son rapport aux recommandations est en pratique difficilement évaluable.

E10 : Recommandations qu'il connaît : au moins 20 minutes d'AP par jour. Il reconnaît ne pas lire les recommandations, ne pas être informé par ces dernières. Ceci malgré sa qualité de médecin du sport car il ne considère pas les recommandations utiles à sa pratique.

E11 : dit ne pas avoir de rapport aux recommandations, c'est-à-dire qu'E11 ne les lit pas. Cependant elle conçoit l'AP comme un médicament, et propose une « posologie » progressive à ses patients :

*E11 : « Je dis qu'idéalement il faudrait qu'ils arrivent entre 50 et 60 minutes d'AP par jour. Et qu'ils y aillent vraiment tout doucement : qu'ils commencent par 10 minutes, au rythme choisi. Et puis après on fait 15 minutes et après...des fois en rigolant je leur dis qu'on va faire comme les médicaments : pendant 1 semaine vous allez faire 15 minutes, puis une semaine 20 minutes et le but c'est d'arriver.... Et ça va ils sont toujours partants sur le moment ! Ouais sur le moment ils sont partants... après je sais qu'il y a des gens ça marche et je sais qu'ils le font, qu'ils changent leur façon de faire. Je crois beaucoup aux petits changements qui durent, plutôt que les grands changements qui ne durent pas. »*

### **III. 2. Vécu et difficultés rencontrées avec les patients à propos du sujet de l'AP :**

#### **III. 2. 1. Idée du manque de temps à consacrer à l'AP, ou de découragement et d'épuisement à en parler et répéter à propos de ce sujet de prévention.**

La notion de manque de temps est très présente, particulièrement dans le contexte actuel de pénurie de médecin généraliste.

*E1 : « Bah s'tu veux, nous notre problème c'est le manque de temps, c'est le manque de temps. Tu verras tu me diras ce que te disent les autres médecins mais si ça se trouve c'est comme moi ! ».*

Par conséquent E1 affirme que l'urgence est au traitement des patients plutôt qu'aux conseils de prévention qu'il décrit comme chronophages. A cela s'ajoute la multiplicité et la diversité des intérêts de sujets de santé portés par les médecins généralistes. Citons de nouveau E1 :

*E1 : « L'un des problèmes est que les médecins on est peu nombreux, et je trouve ben qu'il y a des médecins qui sont plus intéressés par les toxicomanes, d'autres par d'autres sujets et donc le sport c'est une toute petite partie. »*

De plus chez certains patients, il est inutile d'en parler parfois. Car le médecin ne ressent pas forcément d'écoute suffisamment attentive du patient, ni l'intention de ce dernier de changer d'habitudes. Parfois peut être présente une sensation d'épuisement : « Après

avoir répété une dizaine de fois » à un même patient d'initier une AP et qu'il ne le fait pas d'après E10. Et E1 reconnaissant parfois « baisser les bras » avec certains.

*E7 confirme cette impression : « c'est très facile de baisser les bras sur le volet prévention » parce que « quand tu vas dans un appartement où tu vois que sur la table il y a des chips, du coca... Et comme je disais tout à l'heure hein je me répète : avec certains, je n'essaie même pas. Parce que je sens que ça ne va pas prendre ou que je sens que le motif actuel de consultation n'est pas propice à parler du sport. Et que l'objectif sera de toute façon pas atteignable, même si on leur dit de davantage marcher, d'être essoufflé ou de marcher de façon rapide ».*

Dans l'idéal il faudrait un **coach de vie** pour certains patients. Cette idée d'éducation-patient est retrouvée avec E5 qui affirme que c'est le principal facteur pronostic de bonne santé : **l'éducation**.

*E7 ajoute : « On a beau leur donner des conseils, les patients qui disent rester beaucoup chez eux je les oriente souvent vers des vidéos YouTube, de coachs sportifs ou de kinés qui donnent des informations pour faire du fitness et des étirements ».*

Ils ont simplement à acheter un tapis de fitness d'après E7. A propos du coût de l'AP il peut constituer un frein pour certains patients.

*E10 : « Par exemple le coût pour le patient d'une AP adaptée prescrite, puis surtout après l'activité physique adaptée : pour embaucher un coach en salle de fitness ».*

### **III. 2. 2. Idée et difficultés : éviter d’être culpabilisant.**

Une impression se dégage surtout de la part du médecin faisant essentiellement des visites à domicile de SOS-médecin. E7 voit les patients pour la première fois, et les revoit rarement. L’idée est d’éviter d’être blessant ou culpabilisant envers les patients lorsque l’on aborde le sujet de l’AP.

*E7 : « Les patients que tu vois sont quand même en obésité. Parfois je ne me sens pas forcément légitime. Premièrement en n’étant pas leur médecin traitant. Et parfois aussi je ne veux pas les mettre dans une situation comment dire ? Presque blessante donc culpabilisante parce que je les vois pour la première fois, et je vais leur dire : ‘Bah qu’est-ce que vous faites comme sport ?’ Donc c’est compliqué. ».*

### **III. 2. 3. Difficultés dans la prise en charge des blessures du sportif.**

Parfois, l’une des difficultés ressenties à aborder le sujet de l’AP est **le manque d’intérêt et de connaissance** concernant celle-ci. Ainsi que concernant ses impacts sur la santé. Prenons le cas par exemple d’E9. En début de carrière de MG, E9 était concerné par ce manque d’intérêt pour l’AP. Puis E9 a commencé à s’intéresser au sujet pour enfin devenir coordinateur du réseau sport santé de Strasbourg – Colmar. E1 évoque aussi cette notion de manque de connaissance concernant l’AP, ce qui peut donc être un frein pour en faire la promotion, y compris pour la prescription d’APA.

*E1 : « La connaissance du milieu sportif, du monde sportif, des structures : ça aide à en parler. Donc je crois que c’est important. »*

Par ailleurs, une autre difficulté relevée est que beaucoup de patients se blessent de nouveau. Blessures liées à la pratique d'AP. Les causes peuvent être variées : non respect d'une période de repos suffisante au rétablissement, ou non respect d'une modification de pratique de l'AP permettant l'évitement de la douleur préconisée par les médecins. En effet beaucoup de patients expriment des difficultés avec la demande de changement d'activité physique préconisée temporairement. Par exemple une AP en décharge ou faire fonctionner un autre groupe musculaire, plutôt que celui qui est atteint par une pathologie.

*E8 : « On change de sport quoi. On essaie en tous cas de changer d'activité, mais parfois c'est un peu rude ».*

Pour résumer les différents traitements de la blessure du sportif, E8 et E10 conseillent et énumèrent **3 types de traitements** :

- Le repos simple et temporaire. Facile à comprendre. Il n'est parfois pas évident à mettre en pratique pour des patients ne souhaitant pas mettre en pause leur pratique.
- et/ou la prise en charge par un kinésithérapeute.
- et/ou l'évitement temporaire ou définitif du geste douloureux. Soit le changement d'AP ou de sport. Ce dernier est difficile, et long à mettre en place d'après E10.

Ceci en particulier chez le sujet jeune. Par exemple si la pratique d'un sport de vibration de type footing ou tennis est devenue trop douloureuse : la pratique d'un sport de décharge de type piscine, vélo, ou vélo elliptique est recommandée, au moins temporairement.

Enfin ces 3 traitements de la blessure du sportif peuvent se combiner d'après E8.

*E8 : « Ben il n'y a pas forcément de prise en charge hormis le repos. Enfin ça dépend de la blessure hein ? Le kiné ça marche bien car il leur fait faire des exercices, et puis maintenant il y a des choses en piscine qui sont moins traumatiques aussi. On change de sport quoi. »*

### **III. 2. 4. Autre difficulté relevée : celle de motiver les patients à pratiquer l'AP.**

Selon la réponse du patient, E11 semble accepter avec un certain fatalisme le manque d'AP et la sédentarité des gens.

*E11 : « Beaucoup de gens ont les connaissances, mais ils ne les appliquent pas ou peu au quotidien ».*

Donc il y a la théorie : ce qu'on devrait faire, et ce qui est fait.

*E11 : « Souvent les gens savent ce qu'ils devraient faire hein ? Vraiment il y a très peu de gens qui sont totalement ignorants ? Ce qu'il faudrait manger, ce qu'il faudrait faire tout le monde sait ! Après le truc c'est de se motiver de... et je sais que l'un des rôles du médecin généraliste c'est justement de donner cette impulsion de motivation. Je le sais et j'en ai conscience et donc c'est pour ça que j'en remets une couche etc. En y ajoutant la notion de plaisir. »*

Elle donne l'exemple d'une patiente qui pour se motiver à majorer son activité physique, avait acheté un chien pour le promener 2 fois par jour.

Par ailleurs nous constatons qu'il n'y a pas ou peu de notion d'utilisation de l'entretien

motivationnel par E11, contrairement à E4. En effet, lorsque E11 aborde la question de l'AP, les conseils semblent directifs même si E11 s'en défend :

*E11 : « Je n'aime pas obliger les gens, ça ne marche pas. Je leur dis 'eh bien qu'il faudrait qu'ils essaient de faire autrement ?' Mais je vois bien la force d'inertie qu'on a tous...Enfin qu'est-ce qui fait que depuis 5 mois je ne suis pas monté sur mon vélo ? Il y a une espèce de façon comme ça d'empiler les jours, et d'être un peu fatigué et d'écouter un peu sa fatigue et de se dire : « ouais là je n'ai pas trop envie ».*

Enfin certains médecins interrogés réclament **plus de clarté et de formations** vis-à-vis du sujet de l'AP. Par exemple, E3 s'interroge sur la nécessité de se former autour de l'AP et l'APA.

*E3 : « Alors le sujet de l'AP est à inclure dans nos formations initiales. Comme quoi dire que c'est vraiment un truc de base, voilà, enfin hyper important. La formation continue aussi. Des campagnes- via le collègue - de la médecine générale, ils font ça des fois des campagnes sur les addictions, pourquoi pas une sur l'activité physique ? Ça a peut-être déjà été fait, là j'ai plus en tête mais je n'ai pas de souvenir de campagne sur le sujet. Et ça pourrait être un enseignement spécifique à propos de l'activité physique adaptée. On n'a peut-être pas besoin de beaucoup mais en tout cas ça peut être dit comme quoi... c'est un peu basique mais en fait primordial quoi et comment faire ? Peut-être précisément ? Peut-être que je ne suis pas suffisamment formé non plus d'ailleurs je ne sais pas. »*

De plus E6 demande des « abacks » sur l'AP et la sédentarité surtout, et évoque la nécessité que les MG aient des convictions fortes vis-à-vis de l'AP pour la santé des patients, ainsi que des effets de l'AP sur certains marqueurs biologiques et l'importance de la pesée lors de l'examen clinique.

*E6 : « Dans le dossier on met « bouge peu » voilà des choses comme ça. Ou des outils ? Aborder le sujet en FMC ? Il y a une notion de conviction nécessaire des MG. Après c'est vrai qu'on en parle quand même hein ? Dans les revues il y a quand même fréquemment des articles hein ? Si on se tient un peu au courant, on voit ce qui est bon et ce qui n'est pas bon quoi. Parler des principaux marqueurs : poids, taille, hba1c, TA, IMC. Effectivement il faut que le médecin soit convaincu de l'utilité quoi.*

*Après c'est vrai qu'on n'a pas de délégué médical à propos de l'AP comme pour les autres produits... »*

### **III. 2. 5. Avec quel type de patient aborder le thème de l'AP.**

L'un des médecins interrogés préconise de faire une enquête selon le type de personnalité du patient, afin ensuite de discuter ou non sur tel ou tel sujet de santé.

*E5 : « Il faut tenir compte d'un élément, c'est que le patient il vient vous voir pour certains avec déjà un certain nombre de questions. Et une ou plusieurs idées sur ce qu'ils viennent chercher. Par exemple quelqu'un qui vient chercher une discussion, c'est différent de quelqu'un qui vient chercher un examen ou un diagnostic. Généralement c'est toujours qu'il y a l'élément diagnostic. Après il y a l'élément du conseil que le médecin peut donner par rapport à la pathologie.*

A cela s'ajoute la discussion en elle-même sur l'AP, qui n'est pas un acte anodin. Encore faudrait-il que le patient y soit réceptif, ouvert à la discussion et à l'écoute.

*E5 : « Il y a la discussion, ça fait psychologique. Entamer une relation psychothérapique avec la personne, ce n'est pas forcément demandé par beaucoup de monde. Il y a des personnes le côté psychologique ça ne les intéresse pas. Mais on peut les interroger en sachant quel est leur profil. En faisant une étude de profil en posant des questions, on n'est pas forcément dans la thérapie, on est juste dans l'enquête. »*

#### **IV. Quels facteurs vont influencer le discours en fonction des caractéristiques des médecins** (âge, diplômes, lieu d'exercice, degré et évolution des convictions, etc.).

Il semblerait que le passage du **diplôme universitaire (DU) de médecine du sport** influence la pratique médicale des médecins l'ayant obtenu. En effet les questions concernant la fréquence et la durée hebdomadaire d'AP sont plus fréquentes et davantage précises chez les médecins interrogés ayant passé le DU de médecine du sport.

Par exemple à propos de la précision de la nomenclature autour du sujet de l'AP, les praticiens ayant passé le DU ou ayant une activité à la faculté de médecine parlent d'activité physique, d'activité sportive voire de déplacements actifs pour E9. Tandis que les non diplômés, s'intéressant globalement moins aux notions d'AP et de sédentarité, et parlent parfois simplement de « sport ».

À noter tout de même afin d'éviter un biais que l'un des médecins qui parlait de sport présentait une discrète barrière de langue. Nous ne pouvons conclure au degré de précision du vocabulaire employé le concernant.

De plus, il semble que les médecins ayant le diplôme universitaire de médecine du sport

interrogent davantage les patients sur **le rapport qu'ils entretiennent avec l'activité physique** et/ou l'activité sportive. Par exemple leurs objectifs d'AP s'ils en ont, les sensations, le ressenti lorsqu'ils pratiquent. Pour préciser ce propos, on peut citer l'exemple de E1, diplômé du DU de médecine du sport et qui interroge ses patients sur leur niveau d'activité physique.

*E1 : « Le patient pratique-t-il pour son bien-être ? »* Dans ce cas E1 parle **d'exercice physique simple.**

*E1 : Le patient pratique-t-il une à 2 fois par semaine dans un contexte d'activité sportive ?* Dans ce cas E1 parle **d'activité sportive de maintien de niveau.**

Et enfin « *le patient pratique-t-il au moins 3 fois par semaine l'activité sportive, avec un objectif de performance ?* » Dans ce troisième cas E1 parle **d'entraînement.**

Tandis que la nomenclature est moins précise chez certains médecins n'ayant pas passé le DU. Comme déjà énoncé exemple E2 et E4 parlent de « sport » pour qualifier l'AP. Et d'autres médecins n'ayant pas le DU interrogent davantage l'AP de leur patient avec une notion de mouvement : « Est-ce qu'ils bougent ? » afin de vérifier la présence de l'AP.

L'absence du DU de médecine du sport, et plus globalement du thème de l'AP serait donc un indice d'un moindre intérêt global porté à l'AP. Et l'inverse est tout aussi probable.

*E11 : « Pour moi ça reste sommaire, du sentiment que j'ai de l'AP. Après il y a des gens chez qui ça prend : ouais y a des gens ça prend ils se transforment en fait ! Je les revois et puis voilà petit à petit je vois qu'ils ont un peu perdu du poids. »*

À noter par ailleurs que **le sexe du médecin** peut parfois être corrélé à certaines questions, à propos par exemple, des objectifs de performance que se fixerait le patient sportif. En effet il semblerait notamment chez les médecins hommes, avec E1 par exemple qui apprécie aborder le sujet de la performance et des objectifs sportifs.

Tandis que les femmes médecins, y compris celles ayant obtenu le diplôme de médecine du sport, questionnent moins les objectifs du patient en termes de performance sportive stricte.

En termes de **pratique d'AP par les médecins interrogés**, hormis un médecin qui ne pratique pas, le reste déclarait pratiquer entre 1h à 3h par semaine d'AP modérée à soutenue. On note que certaines pratiques étaient en dessous des seuils d'AP recommandée. Seul E11 ne pratique pas du tout d'AP et déclarait d'ailleurs parallèlement en parler assez peu d'AP à ses patients.

*E11 : « Je ne pratique pas actuellement. Pas depuis 4-5mois, avant je faisais 3 à 5 fois 45 minutes de marche rapide sur tapis, et vélo ».*

A propos du plaisir et de l'envie, l'approche est différente selon les médecins interrogés. E1 pratique quotidiennement une AP varier (piscine, vélo) et en éprouve beaucoup de plaisir et de satisfaction. Tandis qu'E11 le dit, elle ne trouve aucun plaisir à la pratique de l'AP. L'effort ne lui plait pas, l'effort physique du moins :

*E11 : « Je ne ressens ni plaisir, ni le besoin de faire du sport. Je pense vraiment que je n'aime pas le sport. Je pense que de temps en temps il faut se regarder en*

*face. Je pense que je n'aime pas le sport, je n'aime pas l'effort physique. J'aime bien l'effort. Mais l'effort physique, il m'ennuie en fait. Il y a un moment en fait où ça me saoule, juste ça me saoule d'être là en train de marcher 50 min, 1h ».*

Ensuite au sein de la population interrogée le degré de **conviction déclaré** était haut, les notes allant de 6 à 10/10. La **moyenne de 7,9/10** en terme de degré d'importance de l'AP montre ce haut degré de conviction déclarée. Et ceci malgré le fait qu'en pratique l'abord du sujet variait selon le médecin comme nous l'avons vu plus haut.

Les convictions étaient notamment fortes à propos des effets positifs de l'AP sur le bien-être, et des bénéfices thérapeutiques dans le soin. Comme par exemple avec le sevrage tabagique ou le bien-être notamment en santé mentale. E6 par exemple constate sur sa propre personne que grâce à l'AP : « *On se sent bien !* » qu'il répète 2 fois.

*E6 : « Parce que en faisant l'activité physique, par ma propre expérience, en le faisant : on se sent bien ! ».*

Tandis qu'E5 pour sa part, est plus modéré et relativise le rôle de l'AP comparé aux bénéfices du rôle de l'**éducation** sur la santé individuelle :

*E5 : « Le premier facteur de santé : c'est l'é-du-ca-tion. L'éducation. Le deuxième facteur : c'est l'alimentation. Le troisième facteur : c'est la médecine. L'éducation parce que si on vous éduque bien vous savez ce qu'il faut faire dans la vie, vous avez une bonne hygiène vous faites un peu de sport, vous vous occupez de vous. »*

Mais pas faire du sport pour faire du sport selon E5, qui associe au mot « sport » l'objectif

de bien être et de se connecter à la nature, à ses sensations et ses ressentis.

*E5 : « Vaut mieux de la marche, la marche dans la nature. Regarder, observer. C'est beaucoup plus hygiénique que de faire du sport pour avoir des muscles. Là on voit beaucoup le côté physique du muscle, pour avoir le côté Bibendum, c'est même contre-productif. »*

**À propos de l'évolution des convictions des médecins interrogés vis-à-vis de l'AP,** certains étaient convaincus dès le début de leur pratique de la médecine générale, comme E1 par ex. Tandis que d'autres, dans leur pratique, ont augmenté la fréquence des conseils d'AP.

**Dès les premiers mois d'exercice,** comme c'est le cas d'E2. Car en quelques mois E2 avait observé que prescrire des statines sans parler d'améliorer l'hygiène de vie des patients exposaient ces derniers aux risques d'effets secondaires des médicaments, sans améliorer significativement leurs résultats biologiques.

D'autres ont mis **des années** avant de recourir à l'AP comme thérapeutique, comme c'est le cas de E9. Puis au fur-et-à-mesure de prescrire sans cesse des médicaments sans constater de franche amélioration clinique, E9 s'est progressivement intéressé aux effets bénéfiques de l'AP :

*E9 : « Quand je me suis installé en 2008 c'est quelque chose que je n'avais pas du tout à l'esprit. L'activité physique pour moi c'était un non-sujet. Je veux dire j'ai jamais demandé à mes patients : « Est-ce que vous pratiquez de l'activité physique ? » jamais. Et aujourd'hui c'est une question que je pose comme je pose*

*la question “Est- ce que vous fumez ?” par exemple. Pour moi c’est aussi important. Et au fur et à mesure de la prise en charge de mes patients : en les voyant toujours revenir avec les mêmes pathologies, en voyant que rien ne bougeait. Il y a vraiment de plus en plus ce besoin de prendre en charge les gens plus précocement sur un autre aspect. J’en avais assez de prescrire des anti-inflammatoires et des arrêts-maladie pour des douleurs de dos.*

*Voilà donc c’est quelque chose qui au début sincèrement ne m’effleurait même pas. Et au fur et à mesure en fait que j’ai appris grâce au DU d’éducation thérapeutique, quand même ce que c’était finalement un patient. Et ce que c’était de vivre avec une maladie chronique. J’ai commencé à comprendre qu’on pouvait prendre en charge les choses autrement. Que juste en étant là, descendant « faut faire ça, faut faire ça ».*

## **V. Rôle(s) thérapeutique(s) du médecin généraliste à propos de l’activité physique.**

### **V. 1. Organisation du suivi de leurs patients.**

La totalité des médecins traitants interrogés, hormis celui qui ne fait pas de suivi car il a une activité SOS de soins non programmés, pose la question du suivi de l’activité physique en consultation.

**La différence notable entre médecins se fera dans la régularité de la demande de suivi de l’AP : irrégulièrement pour un tiers d’entre eux ou systématiquement dans la majorité des autres entretiens.**

Par exemple selon E1, le suivi est demandé **directement** par des questions en fonction de l'évolution du patient et de ses aptitudes :

*E1 : « A quelle fréquence ils pratiquent le sport ? Et chaque jour, chaque séance ça dure combien de temps ? Qu'est-ce que vous faites actuellement ? Est-ce que vous progressez (éventuellement une progression oui) ? Où est-ce que vous en êtes ? Vous aviez parlé de reprendre la natation. »*

Tandis que d'autres médecins interrogés posent des questions de suivi indirectes, comme les questions d'E8 : « *Qu'avez-vous fait de beau ce week-end ? Êtes-vous sorti ? Et les enfants que faites-vous avec eux ?* ».

Sur l'intérêt thérapeutique de suivre l'AP de leurs patients, on note un intérêt commun à tous les médecins pour maintenir l'AP du patient. Ceci dans le temps ainsi qu'en fonction de la forme physique de chacun d'entre eux. En effet **le suivi de l'AP permet d'évaluer l'état de santé actuel** des patients, selon E3.

Cela permet ensuite de savoir **pourquoi ils pratiquent moins, voire plus du tout**. Ce qui pourrait être un indicateur de leur état de santé actuel.

*E3 : « Est-ce que vous faites toujours de la marche, du yoga ? 'Ah Ben non, j'ai arrêté ça. En ce moment je bouge plus trop parce que machin'. Donc quelqu'un qui ne bouge pas, ça peut être un moyen pour dépister d'autres choses aussi des fois ».*

Pour E6, qui renouvelle beaucoup de traitements de substitution de type SUBUTEX5r°, c'est une nécessité de suivre la pratique d'AP. Il compare même ce suivi, en termes

d'importance, au suivi des addictions. Ce parallèle indique l'importance portée à l'AP par E6, qui voit en l'AP en quelque sorte une « **addiction positive** » si l'on peut dire. Tandis que les autres addictions ont une connotation négative, et nuisent la plupart du temps à l'équilibre et à l'état de santé du patient.

Enfin, souvent conscients des bénéfices ressentis liés à la pratique d'une AP régulière, les patients rapportent parfois d'eux même à leur médecin qu'ils poursuivent leur AP. En effet ils sont souvent contents d'eux-mêmes à propos de la régularité de celle-ci.

**Voici les techniques évoquées afin d'aborder la question du suivi par les médecins de la pratique de l'AP de leurs patients.**

Notons que certaines techniques de suivi se recoupent avec certaines techniques de premier abord de l'AP, développées plus haut :

- **La pesée** d'abord, car celle-ci permet d'aborder efficacement le suivi de l'AP. Parfois même à l'initiative du patient, qui aborde alors de lui-même le sujet de l'AP à ce moment-là. La pesée est aussi un bon moyen pour discuter de l'alimentation, et est pratiquée par une majorité des médecins interrogés (90 %). Plus en détail elle est systématique d'après 2/3 d'entre eux, et non systématique pour les autres. Le poids est donc un bon moyen de suivi des patients, **puis l'IMC.**

*E1 : « Le poids c'est un bon moyen de suivi hein ? Des gens qui viennent ' ha oui, j'ai repris 1 ou 2kg, 3 kg ha j'ai baissé mon activité physique' je fais moins de sport » ».*

- Et vraiment en cas de prise en charge spécialisée de médecine du sport, pour des sportifs de haut niveau ou recherchant la performance il y a **l'impédancemétrie** d'après E1. E6 ajoute qu'à l'époque où il la mesurait, l'impédancemétrie avait un effet motivant chez certains patients pour gagner de la masse maigre, et perdre de la masse grasse.

Initiée en routine à une époque, E6 avait par la suite renoncé à la mesure de l'impédancemétrie, faute de temps et d'appareil de mesure pratique et rapide à utiliser.

*E6 : « Oui à l'époque je devais entrer le poids, la taille, les noms et prénoms des patients pour chaque mesure d'impédancemétrie. Cela prenait du temps et une balance plus rapide m'aurait coûté 600 à 700 euros d'investissements »*

- **Le suivi de l'AP peut être noté dans le Dossier Médical** du patient. En effet la moitié des praticiens interrogés disaient noter dans le dossier la ou les AP pratiqués. Avec les évolutions de pratiques pour certains (E1 ou E10 par exemple).
- **Un suivi par podomètres sur le smartphone** des patients était organisé par E9. Notons qu'E9 coordonne un centre de santé d'activité physique adaptée (APA). E9 utilise des tests et techniques spécifiques qui ne sont pas retrouvés parmi les médecins traitants interrogés.
- **Selon les réponses du patient, ou le ressenti** vis-à-vis d'une éventuelle minimisation ou exagération de la pratique réelle du patient de l'AP : E8 propose au patient de réaliser un **calendrier alimentaire et d'activité physique sur une**

**semaine** à ses patients.

E8 propose aussi **d'afficher de la documentation sur l'AP et la sédentarité en salle d'attente**. Ainsi que des flyers :

*E8 « Moi je trouve que c'est bien d'avoir des affiches en salle d'attente, des choses comme ça. Après ils en font ce qu'ils en veulent. Oui avoir une affiche, avoir des flyers, avoir des trucs pour leur rappeler que c'est important quoi.*

*Je trouve que ça marche bien : les gens en salle d'attente ils regardent toujours des trucs donc ».*

- Selon la pathologie du patient, E6 vérifie l'hba1c, ou que la TA a baissé. La recherche d'un stress ou d'un trouble de sommeil est faite par E4. A noter aussi qu'E4 a recours à un suivi de ses patients via les retours de **l'infirmière Asalée du cabinet**, qui anime le groupe Whatsapp servant à coordonner un groupe de marche bénéficiant à certains patients.
- L'objectif finalement de suivre l'AP, c'est selon E6 de « *répéter et motiver* ». E6 qui constate un Yo-Yo dans les pratiques d'AP. Car « *c'est comme tout* » selon lui.
- Comme déjà décrit ci-dessus, parfois certains médecins interrogés comme E1 vont davantage dans les détails avec un suivi de la fréquence de l'Activité Physique du patient, qu'il associe aux objectifs de ce dernier. Par exemple un patient qui a un objectif de s'entretenir, c'est différent de l'objectif de performance de préparer un marathon : il devrait faire au moins 3 séances par semaine pour E1.

*E1 : « Moi j'évalue que par le nombre de séances, et le nombre d'heures des*

*séances. C'est-à-dire qu'une personne si elle vient qu'une fois par semaine j'lui dis 'bon ben, ce n'est pas terrible'. Si elle vient 2 fois par semaine, c'est de l'entretien.*

*3 fois ça devient de l'entraînement. Bon. Et si une personne fait 3 sports différents bah c'est très bien parce que c'est plus de l'entraînement, mais c'est une diversification.*

*Et elle va travailler aussi bien l'endurance, la gym, la mobilité articulaire et puis mettons du Yoga où ça va être de la concentration, de l'assouplissement. Tu vois des choses comme ça. Et faut diversifier, à l'intérieur des séances il faut diversifier son activité. Les gens qui diversifient déjà leur activité ils n'ont pas besoin de faire une séance de ceci, une séance de fractionner court, de fractionner long, d'endurance puisqu'ils vont faire une séance de judo pour le fitness par exemple, une séance de badminton pour le cardio, et puis une séance de footing. »*

A noter qu'aucun médecin généraliste avec une activité conventionnelle n'a utilisé de score de suivi d'AP, hormis le médecin coordinateur d'un réseau sport-santé sur ordonnance.

Un score de **test d'adaptation à l'Effort de Ruffier-Dickson** est par exemple utilisé dans la police pour le contrôle de l'aptitude physique, mais pas en pratique courante de médecine générale. Un manque de temps ainsi que d'autres priorités sont évoqués pour expliquer la raison de cette non-utilisation.

#### **IV. 2. Parmi les réseaux de prise en charge adaptée : le recours à l'activité physique adaptée (APA)**

A propos tout d'abord de l'utilité de l'APA, E9 la considère comme une possible introduction de l'AP dans la vie des patients, comme un point de départ. Et ceci pour de nombreuses indications différentes.

*E9 : « les maladies classiques : cardio vasculaires, l'obésité, tout ça. La santé mentale où clairement ben à choisir entre un anti-dépresseur, et la prescription d'activité physique adaptée je commencerais vraiment par l'activité physique adaptée : en disant aux gens bah « forcez-vous », comme vous avez pas envie ni rien mais forcez-vous. Comme vous prendriez un médicament allez faire un petit peu de sport 3 fois par semaine, allez courir un petit-peu, allez nager : vous irez vraiment mieux. J'en suis convaincu quoi. (...). Et clairement : dans la sclérose en plaque, dans la maladie de parkinson, ya vraiment des effets bénéfiques je veux dire c'est prouvé quoi. Et il n'y a aucune maladie qui n'a pas d'amélioration avec l'activité physique : ça n'existe pas ».*

Ensuite à propos des possibilités d'utilisation de l'APA, le réseau de prise en charge utilisé dépend beaucoup du lieu d'exercice des différents médecins.

Par exemple **en Ile de France E1 évoque une irrégularité de répartition en termes de fourniture en centre sport-santé sur ordonnance sur le territoire.** Tous les territoires ne sont pas uniformément dotés. Il oriente ses patients vers les maisons sport-santé selon la ville où ils résident.

*E1 : « Quand il y en a. Car dans les Yvelines, ces maisons de santé sont « dispersées de manière assez irrégulière. Elles ont pour objectif d'initier les*

*patients à l'AP. Puis après quelques mois de pratique, le patient choisit l'AP qu'il préfère pratiquer au sein d'un club, ou d'une association sportive. »*

Parfois le médecin traitant oriente ses patients directement **vers les associations**, notamment en cas d'absence de maison de sport sur ordonnance à proximité de son lieu de vie. Ceci est le cas de E1, ou de E10.

E1 encourage ses patients à s'inscrire dans ces associations sportives et ceci en toute confiance :

*E1« Parce que je crois que c'est important de pas confondre son métier, de pas être entraîneur : leur dire 'il y a des professionnels, il y a des gens qui connaissent bien le sport. Vous avez envie de faire de l'aviron ? Ben attendez ! Alors il faut connaître un petit peu les endroits où se pratique ce sport' ».*

**En Alsace, contrairement à l'Ile de France, les généralistes rapportaient tous utiliser le réseau alsacien d'APA Prescri'Mouv.** C'est par exemple le cas de E3, qui en prescrit en demandant au patient :

*E3 : « Est-ce que ça vous intéresserait que je vous prescrive du sport sur ordonnance ? On peut avoir un accompagnement par un coach sportif. Donc pour une activité physique vraiment adaptée à votre santé, à votre pathologie. Il y a une prise en charge, il y a un financement du sport comme un médicament voilà. Donc si ça vous intéresse je peux vous faire l'ordonnance, ce sera pris en charge, en tout cas en partie, peut être pas tout ».*

E3 parle d'une récente extension des recommandations de la HAS à propos des modalités de prescription de l'APA. La liste est sur le site de Prescri-Mouv. L'extension des indications à la prescription d'AP concerne toutes les affections de longue durée, ainsi qu'en cas de surpoids et non uniquement en cas d'obésité. Il y a aussi une liste de troubles musculo- squelettiques.

Néanmoins **plusieurs freins persistent à la prescription d'APA** : d'abord parfois le **manque d'offre** sur le territoire d'exercice du médecin. C'est-à-dire une « *offre irrégulière* » comme l'avait évoquée E1 qui exerce en Ile-de-France, voire absente.

Ensuite une demande de formation supplémentaire comme l'avait signifié E3 :

*E3 « C'est vrai qu'on pourrait en parler systématiquement dans les formations médicales, ainsi qu'en formation médicale continue (FMC) ».*

Et enfin le frein qui a été rapporté par le médecin coordinateur du réseau sport-santé de Strasbourg, et qui est également notifié dans les dernières recommandations de la HAS, est qu'il y a une appréhension à la prescription d'APA de la part d'une partie des médecins généralistes. En effet E9 souhaite davantage faire connaître l'APA, et ses modalités d'accès par les MG.

*E9 : « Ben je pense qu'il faut dédramatiser la prescription d'APA parce qu'il y a beaucoup de craintes je pense médico-légales, de la part du médecin. En disant 'voilà je fais un certificat'.*

*Leur donner à connaître aussi le professionnalisme des structures dans lesquelles ils envoient leurs patients. Les rassurer, leur faire visiter, expliquer ce qu'on fait. Etre en lien avec eux aussi, et garder le lien. »*

Hormis le réseau APA, il existe d'autres réseaux faisant pratiquer de l'AP à des patients. E2 nous parle d'ailleurs d'un réseau présent dans certaines cliniques psychiatriques d'Ile-de France, permettant la pratique de la « **boxe-thérapie** ». En effet E2 a des collègues psychiatres qui utilisent cette méthode de soins pour leurs patients, pour des indications psychiatriques.

Avec succès semble-t-il :

*E2 : « Dans les centres psychiatriques, dans les cliniques, ils ont tous en fait un service justement de sport : soit la boxe-thérapie, soit le ouais.... Ça c'est vraiment quelque chose qui est tendance et qui permettra d'améliorer du coup l'état psychiatrique des patients (...) et sincèrement, ça marche vraiment ».*

Cela marche grâce à 3 effets bénéfiques cités par E2 de la boxe-thérapie : se défouler pour lever l'angoisse par exemple, ou décharger la colère et « se vider ». Le second bénéfice est de mettre en interaction sociale progressivement les patients, pour les sortir de leur bulle et améliorer leur moral par l'interaction sociale. Et enfin de permettre la coopération entre les patients ce qui permettra de le motiver et de lever l'anhédonie par exemple, chez un patient dépressif.

**A noter une initiative exceptionnelle survenue une seule fois dans la carrière de E1 : il est une fois parti accompagner l'un de ses patients en salle de sport pendant que lui allait à la piscine : succès de l'initiative ! Car le patient avait encore un abonnement en cours, et il devait reprendre. Le médecin a agi comme un stimulateur, un « détonateur ».**

Depuis il argumente tout de même pour l'idée de « *chacun son rôle* » et de déléguer cette mission aux éducateurs sportifs, et autres dirigeants d'associations sportives.

Cette initiative est restée anecdotique en pratique. Enfin notons que nous avons parlé plus haut du réseau d'infirmier Asalée, qui par l'intermédiaire d'une infirmière a été mis en place par un médecin généraliste pour créer des groupes de marche, avec un RDV hebdomadaire pour les patients et que certains groupes de marche s'autonomisent progressivement. Notons aussi que certains médecins parlent positivement des **salles de sport/fitness** sauf E10. E6 par exemple conseille aux patients qui en ont les moyens de débiter progressivement, pourquoi pas avec un coach auquel il a lui-même eu recours.

# Discussion

## **1) Évaluation de la validité interne de notre étude :**

Pour rappel, la validité interne de la recherche vérifie les relations de cause à effet entre la situation du test, et le résultat de la recherche. C'est la capacité de la recherche à exclure d'autres causes d'un résultat. La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité (19). Nous avons effectué une triangulation des sources en interrogeant à la fois des médecins généralistes, ainsi qu'un médecin coordinateur de réseau sport-santé ce qui a permis d'élargir la compréhension des pratiques, des ressentis et des points de vue des médecins interrogés.

Tout d'abord concernant le sujet si vaste de l'AP et de toutes les techniques pouvant être utilisées pour en parler : les résultats n'ont pas été exhaustifs car l'objectif n'était pas là.

Les résultats visaient davantage à avoir une idée générale des techniques utilisées par les médecins généralistes pour parler de ce sujet. Ainsi que d'identifier leurs représentations et leurs besoins afin d'améliorer la prise en charge des patients autour de ce thème qu'est l'AP, si importante en prévention et en thérapeutique.

Par ailleurs nous constatons une différence de proportion par rapport au sexe des personnes interrogées. En effet, en Ile-de-France le SR était de 3/1 tandis qu'en Alsace il était plus équilibré. Nous n'avons pas pu interroger plus de femmes, cependant l'échantillon n'est pas censé être représentatif au sens strict du terme. Nous visons la variance maximum.

Le reste des critères de diversité des médecins interrogés : âge, lieu d'exercice, type

d'exercice, rapport personnel à l'AP, et les diplômes supplémentaires validés ne semblent pas faire de différence significative entre les 2 régions.

Cependant et comme nous l'avons vu plus haut, certains critères semblent modifier la pratique des médecins : ceux pratiquant régulièrement l'AP et ayant des formations supplémentaires (DU de médecine du sport par exemple) semblent davantage questionner leur patient avec des informations plus précises obtenues (type d'AP, nombre de séances par semaine, durée des séances, voire pour certains objectifs et résultats visés lors de ces séances comme le bien-être ou bien un objectif de performance). Tandis que d'autres médecins se focalisaient plutôt sur la durée et la fréquence dans la semaine sans plus de précision.

On note qu'un **biais de collecte des données** est à citer : en effet au vu du thème de l'étude, on peut supposer qu'une habitude de pratiques n'évoquant pas ou très peu l'activité physique, peut difficilement entrer dans l'étude. Par exemple concernant E11, qui disait peu aborder le sujet de l'AP. E11 révèle pendant l'entretien en parler régulièrement, d'où l'existence d'un possible biais de collecte des données qui surestimerait l'impact de l'abord de l'AP dans la pratique quotidienne des praticiens interrogés.

On peut par conséquent parler d'un **biais culturel**, car il y a beaucoup d'idées préconçues autour du sport, de l'activité physique, des idées et attitudes qui peuvent influencer ici le processus de recherche, ainsi que l'interprétation des résultats.

D'un autre côté on peut aussi affirmer dans les points forts que la durée de collecte des données fut courte : 4 mois, de mai à août 2024. Réduisant ainsi le risque de biais de maturation. Les personnes interrogés n'étaient pas en contact les unes avec les autres.

Par ailleurs, on peut aussi évoquer **l'inexpérience de l'enquêteur** notamment lors des premiers entretiens. En effet comme il s'agit du premier exercice de travail de recherche de l'enquêteur, on peut supposer que la qualité des premiers entretiens ait pu être affectée. Tout comme le risque d'un parti pris en faveur de la pratique de l'AP. Ce risque de biais de l'expérimentateur a pu être maîtrisé par le contrôle et la relecture attentive du premier verbatim par le directeur de thèse de ce travail.

## **2) Évaluation de la validité externe de l'étude :**

Pour rappel, la validité externe consiste à généraliser les observations recueillies à d'autres objets ou contextes (19). La mesure dans laquelle les résultats de la recherche peuvent être extrapolés dans d'autres situations, « au reste du monde ».

**À propos des multiples bienfaits de l'AP**, ceux-ci sont démontrés dans la littérature médicale :

D'une part à propos du fait que certains praticiens interrogés aient cité un **effet positif de l'AP sur la santé mentale** avec par exemple, des effets bénéfiques rapportés de la boxe-thérapie dans les cliniques psychiatriques. D'après C.Imboden, la pratique d'une AP importante dans les populations atteintes de pathologies psychiatriques (syndrome dépressif, schizophrénie) est d'une grande importance. De plus il affirme qu'au sein de la population générale une AP régulière est associée à un bien-être mental accru. Cette AP régulière s'est avérée avoir des effets préventifs sur la dépression, les troubles anxieux et probablement sur les troubles du sommeil (8).

**D'autre part et notamment chez le sujet âgé**, l'activité physique est d'une première importance. De nombreuses études ont permis de montrer les bénéfices physiques et psychiques sur la qualité de vie et sur la mortalité du sujet âgé. En effet le maintien d'une activité physique régulière est déterminant pour **conserver les capacités fonctionnelles nécessaires aux activités de la vie quotidienne**. Et préserver la qualité de vie des sujets âgés (9).

On peut aussi signaler que l'AP a d'excellents effets sur les symptômes de **polyarthrite rhumatoïdes (PR)** : en effet nous avons observé que le confinement et le manque d'AP ont détérioré l'état de santé des patients atteints de PR (10).

D'autre part, à propos des moyens utilisés pour développer l'AP parmi les patients : les politiques de promotion de l'AP sur ordonnance ont été développées depuis les années 2000 à l'international. Grâce à cela, l'APA permet d'atteindre les personnes les plus éloignées de l'AP. C'est-à-dire les patients atteints de maladies chroniques, les personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie, les personnes en situation de handicap, les personnes dyscommunicantes et les personnes précaires.

L'APA utilise le lien de confiance existant entre les patients et leur médecin. Pour les amener à adopter un changement de comportement plus actif et moins sédentaire. Par le moyen d'une ordonnance – une prescription médicale écrite – qui permet d'avoir un facteur fort de motivation et d'adhésion à l'AP.

En France, la loi de modernisation de 2016 de notre système de santé a initié une politique de promotion de l'AP sur ordonnance par les médecins traitants, pour les

personnes en soins de longue durée. Puis la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 vise à démocratiser le sport en France. Elle ouvre cette prescription à l'ensemble des médecins et en élargit le champ aux personnes atteintes d'une maladie chronique, ou présentant des facteurs de risque, et aux personnes en perte d'autonomie.

Nous pouvons nuancer ces objectifs d'APA ainsi que cette politique globale de prévention en santé en mettant en parallèle les résultats du projet FETOMP de 2020. En effet d'après C. Porquet et L. Charton, une analyse quantitative de l'état de santé de la population strasbourgeoise montre que si la précarité était présente – et mesurée grâce au score EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examen de Santé – il y avait moins de patients qui exerçaient une AP.(16)

Des facteurs sociaux sont donc évidemment à prendre en compte pour la promotion et la pratique d'une AP régulière, avec une prise de conscience à avoir que l'AP n'est souvent pas prioritaire dans la vie de patients en situation de précarité, qui auraient d'autres préoccupations du quotidien à s'occuper.

Il en va de même au sujet de messages de prévention tels que « Mangez 5 fruits et légumes par jour » par exemple. D'après les sociologues F Régnier et A. Massulo ces messages ne sont pas reçus de la même manière en fonction des classes sociales : les classes supérieures vont s'approprier ces normes, et les diffuser alors que les précaires y sont indifférents (17).

De plus, ce travail a permis d'évoquer les difficultés des médecins concernant l'abord du sujet de l'AP, et son application en pratique. Selon la HAS les 5 freins à la prescription d'activité physique par le médecin sont :

- (1) son manque de connaissances concernant l'AP et ses impacts sur la santé

- (2) ses craintes vis-à-vis des risques d'évènements cardio-vasculaires graves liés à la pratique d'une AP,
- (3) l'absence de recommandations sur les modalités de consultation et de prescription médicale d'AP
- (4) l'absence de parcours de santé structurés pluri-professionnels centrés sur la prescription d'AP
- (5) et enfin le coût pour le patient de cette AP prescrite.

*Selon la HAS : un guide HAS sur les connaissances sur l'AP et la sédentarité a pour objectif de lever le premier frein. Le guide de consultation et de prescription d'AP chez l'adulte traite des freins 2 et 3. Et enfin de manière plus hypothétique la loi visant à démocratiser le sport en France de mars 2022 pourrait lever les freins 4 et 5.(1)*

Selon le rapport de juillet 2022 de la HAS, les 5 principaux freins à la prescription d'APA par les médecins sont, plus en détail :

- un manque d'intérêt et de connaissance concernant l'AP et ses impacts sur la santé  
: prenons le cas de E9. C'était en effet le cas d'E9 en début de carrière de MG. Puis E9 a commencé à s'intéresser au sujet pour enfin devenir coordinatrice du réseau sport santé de Strasbourg – Colmar.

E1 évoque aussi des connaissances concernant l'AP et son réseau de pratiquants au niveau local : « La connaissance du milieu sportif, du monde sportif, des structures ça aide à en parler. Donc je crois que c'est important. » E1 semble évoquer une cause à ce manque de temps disponible pour connaître le milieu

du sport et plus généralement pour intégrer certaines pratiques de prévention dans l'exercice de la MG :

*E1 « Ben s'tu veux, nous notre problème c'est le manque de temps, le manque de temps. Tu verras tu me diras ce que te disent les autres médecins mais si ça se trouve c'est comme moi ? »*

E3 s'interroge par ailleurs sur la nécessité de se former autour de l'AP et l'APA :

« C'est à inclure dans nos **formations initiales**. Comme quoi dire que c'est vraiment un truc de base, voilà enfin hyper important. **La formation continue aussi**. Des campagnes via le collège de la médecine générale, ils font ça des fois des campagnes sur les addictions, pourquoi pas une sur l'activité physique ? Ça a peut-être été déjà fait, là je ne l'ai plus en tête mais je n'ai pas de souvenir de campagne sur le sujet. »

E3 propose même d'aller plus loin concernant un enseignement spécifique à propos de la prescription de l'APA : « **ça pourrait être un enseignement spécifique sur l'activité physique adaptée**. On n'a peut-être pas besoin de beaucoup mais en tout cas ça veut peut-être **dire comme quoi bah c'est un peu basique mais en fait primordial quoi et comment faire ?** Peut-être précisément ?

Peut-être que je ne suis pas suffisamment formé non plus d'ailleurs je ne sais pas. »

E6 demande carrément des « abacks sur l'AP et la sédentarité surtout. Et comme E3 de davantage en parler en FMC. « Bah dans le dossier on met « bouge peu »

voilà des choses comme ça. Ou **des outils** ? Aborder le sujet en FMC ? **Il y a une notion de conviction nécessaire des MG.** Après c'est vrai qu'on en parle quand même hein ? Dans les revues il y a quand même fréquemment des articles hein ? Si on se tient un peu au courant, on voit ce qui est bon et ce qui est pas bon quoi. On parle des principaux marqueurs : poids, taille, hba1c, TA, IMC. Effectivement il faut que le médecin soit convaincu de l'utilité quoi. Après c'est vrai qu'on n'a pas de délégué médical comme pour les autres produits... »

- Ensuite nous avons le second frein évoqué par la HAS : les craintes vis-à-vis des risques d'évènements cardio-vasculaires graves liés à la pratique d'une AP. Cette problématique est rapportée par E9 qui est maintenant coordinatrice du réseau sport santé. E9 souhaite davantage faire connaître l'APA et ses modalités d'accès par les MG. Extrait :

*E9 : « bah je pense qu'il faut **dédramatiser la prescription d'APA** parce qu'il y a beaucoup de craintes je pense médico-légales de la part du médecin en disant voilà je fais un certificat. Leur donner à connaître aussi le professionnalisme aussi des structures dans lesquelles ils envoient leur patients. Les rassurer, leur faire visiter, expliquer ce qu'on fait. Etre en lien avec eux aussi garder le lien. »*

- A propos de l'absence de recommandations sur les modalités de consultations ou de prescription médicale d'AP. En effet ce problème de manque d'uniformisation des pratiques est pointé du doigt par E3 et E6. Ce dernier qui évoque un « manque d'aback » comme déjà vu ci-dessus.

E11, le seul médecin peu à l'aise et peu renseigné sur l'AP résume peut être le mieux la situation : « **Je souhaite en savoir plus à propos des recommandations d'AP. Je pense que ce serait pas mal d'avoir maximum 3 chiffres clés, pour montrer au patient à quel point c'est bien de faire de l'AP. Moi j'ai même une feuille que j'imprime pour faire attention à l'HTA ou au diabète. Et ce serait bien d'avoir un truc voilà avec des chiffres vraiment percutants sur « Qu'est-ce qu'on gagne en fait ? ».**

- Enfin à propos de l'absence de parcours de santé structurés, pluri professionnels et centrés sur la prescription d'AP. **E1 évoque ce souci en Ile de France : l'irrégularité des centres d'APA contrairement à la région alsacienne qui serait mieux quadrillée.** Aucun médecin en Alsace n'a rapporté de difficultés à adresser ses patient via le réseau d'APA Prescri'mouv.
- Le coût pour le patient de cette AP prescrite : soucis évoqué par E10 notamment sur le coût d'embaucher un coach en salle de fitness.

E5 et E7 soulignent par ailleurs l'importance de l'empathie : la stratégie est vraiment orientée selon l'âge. Je pense déjà voilà : faut effectivement avoir un **sens empathique** : « **l'empathie est ultra importante** car grâce à ce sens empathique on peut réussir à **donner le mot juste**, et à adapter son discours comme je disais toute à l'heure.

*Pas vouloir tout dire d'un coup ça c'est sûr. Je suis plus partisan de « moins d'information, mais de qualité ».* Plus un message que le patient va comprendre plutôt que donner trop d'informations.

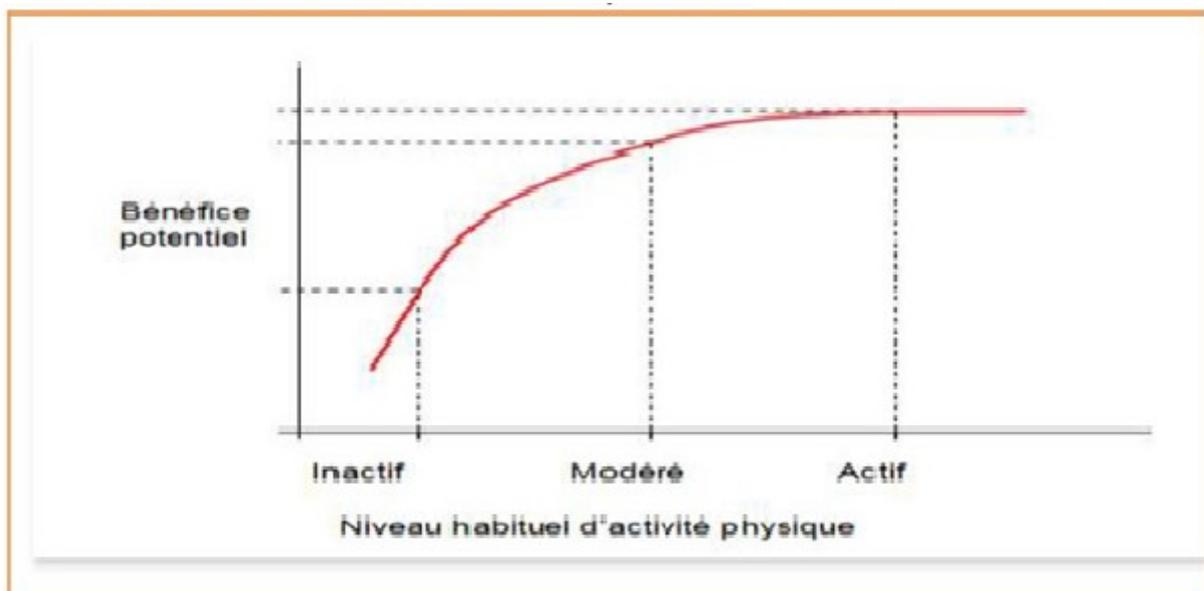
E10 a un conseil : **essayer de rester simple dans son discours**, et surtout **abandonner l'ancien dogme du repos, comme quoi l'activité physique était perçue négativement en cas de pathologie.**

Surtout à propos des pathologies dégénératives : il faut se mobiliser.

On peut peut-être citer, parmi les messages courts et efficaces qu'hormis les 30 minutes d'AP/jour nécessaires il y a le fait qu'il existe une relation dose-réponse positive entre, d'une part, le volume de l'AP et, d'autre part, l'état de santé et la condition physique.

Les bénéfices de l'AP sont d'ailleurs d'autant plus marqués pour le patient si l'on part d'un niveau bas de pratique d'AP. Bénéfices obtenus y compris pour des volumes modérés d'AP (1).

**Figure 4 : Relation entre le volume d'AP et les bénéfices pour la santé**



Il ne semble pas qu'il y ait un volume minimal d'AP nécessaire pour avoir des bénéfices pour la santé et/ou la condition physique (1).

Enfin à propos des pratiques des médecins à l'étranger d'après une méta-analyse datant de 2024, sur 17 825 médecins réparti sur différents continents, 42% des médecins prescrivaient de l'activité physique et parmi eux 58% oralement et 17,7 % par écrit. Concernant les prescriptions écrites : 25,7% des médecins européens ont prescrit une AP par écrit, 17,5% en Amérique du Nord, 6,4% en Amérique du Sud et 2,2% en Afrique. Aucune étude n'a été trouvée en Asie et en Océanie dans cette méta-analyse. Cette dernière conclue que malgré les connaissances sur les conséquences de l'inactivité physique, moins de la moitié des médecins prescrivent de l'AP. Ils le font le plus souvent à l'oral, la prescription écrite étant très peu répandue. Ceci montre la nécessité de former les médecins à la prescription d'AP (20).

De plus l'efficacité des interventions sur le mode de vie afin de prévenir ou de retarder le développement par exemple du diabète a été démontré dans de nombreux pays. Ces interventions, où l'on faisait la promotion de saines habitudes alimentaires et d'un mode de vie physiquement actif, ne sont pas toujours possibles étant donné un manque de ressources, de temps ou de compétences particulières de la part des professionnels (21).

Enfin d'après l'OMS la prévalence mondiale de l'insuffisance d'AP était de 31,3 % en 2022, soit une augmentation de 23,4% par rapport à l'année 2000. Si ces tendances se confirment, l'objectif du plan d'action mondial pour promouvoir l'AP 2018-2030, à savoir une réduction de 15% des niveaux d'inactivité physique, ne sera pas atteint dans la plupart des pays (22).

Cependant concernant l'Europe, le dernier rapport de l'OMS/Europe signale des avancées positives à propos de l'amélioration du niveau d'AP dans les populations. En effet d'après ce récent rapport, datant du 7 novembre 2024, des progrès sont notés dans la mise en œuvre des politiques de santé publiques. Les pourcentages exprimés à travers différents indicateurs en matière d'application des lignes directrices européennes au sujet de l'AP, sont passés de 64,7 à 81,8 % de 2015 à 2024. Ceci par exemple en mettant en œuvre des programmes

périscolaires d'AP, et en encourageant les déplacements actifs susceptibles de remédier aux inégalités.

Ces progrès témoignent d'un engagement global croissant en faveur de la promotion d'AP en tant que composante essentielle de la santé publique (22).

# Conclusion

En interrogeant les médecins traitants alsaciens et franciliens, il s'avère dans ce travail de recherche qu'une grande majorité de médecins abordent sur la forme directement la question de l'activité physique avec leurs patients. Par exemple : « pratiquez-vous une AP ? Est-ce que vous bougez ? ». Et parfois certains ajoutent des questions indirectes de type « qu'avez-vous fait de beau ce week-end ? Êtes-vous sorti avec les enfants ? » Etc.

Ces questions indirectes ont pour avantage d'explorer les habitudes de vie du patient, et d'estimer leur niveau de temps passé au domicile. Plus en détail au domicile cela peut être par exemple devant des écrans (TV ou ordinateur), et in fine par celà d'évaluer leurs habitudes et le niveau de sédentarité. Par conséquent on note qu'une partie des médecins interrogés explore, et délivre des conseils de lutte contre la sédentarité. Ceci le plus souvent sans la nommer, contrairement à l'AP qui est régulièrement citée au patient.

Voici des exemples de conseils de lutte contre la sédentarité : en majorant les déplacements actifs (aller à pied au centre-ville, faire ses courses, prendre les escaliers plutôt que les escalators et les ascenseurs, etc.) ou au travail : téléphoner debout ou idéalement en marchant, etc.

Par ailleurs durant la consultation, aucun moment plus favorable que les autres n'a été identifié lorsque c'était le médecin qui initiait la discussion autour de l'AP. Celle-ci semble pouvoir être abordé à tout moment de la consultation. Et ce malgré que certains médecins semblaient préférer aborder le sujet après l'examen clinique, ou au moment des traitements. Du côté du patient il semble que la pesée soit un moment favorable pour que celui-ci aborde de lui-même le sujet.

De plus l'activité physique est un thème abordé très régulièrement en fonction du motif de consultation, du terrain ou de la pathologie du patient :

- pour les dorso-lombalgies, maladies cardio-vasculaires ou métaboliques
- selon l'âge du patient par exemple dans la prévention du risque de chute du sujet âgé
- ou dans le développement émotionnel, social et psycho-moteur du jeune enfant
- selon le contexte socio-économique du patient par exemple si un patient a déjà un travail très physique, l'abord du sujet était plus bref par rapport à un patient ayant un travail sédentaire.

L'activité physique est aussi abordée **selon les résultats cliniques**. Par exemple si une anomalie tensionnelle est observée ou si un surpoids est mesuré lors de pesée du patient. Cette dernière est d'ailleurs effectuée par la totalité des médecins interrogés, selon le motif de consultation.

L'AP était de plus abordée **en fonction des anomalies des résultats para-cliniques**. Par exemple des résultats de glycémie a jeun ou de cholestérol perturbés étaient un motif fréquent pour aborder le sujet de l'AP chez les médecins interrogés.

L'AP est cependant peu cité lors de consultations avec des situations cliniques aiguës rencontrées. Comme par exemple lors de viroses ou devant un handicap lourd. Ces motifs dissuadent les médecins interrogés d'aborder le sujet.

**A propos ensuite du contenu des conseils d'AP, celui-ci variait d'un médecin à l'autre**. Par exemple la connaissance des recommandations était hétérogène, et variait souvent d'un médecin à l'autre. Parfois au-dessus des durées recommandées : 50 minutes/1h quotidiennes d'AP selon E11.

Ou bien plus fréquemment en dessous des durées quotidiennes recommandées : 30 minutes 3 fois par semaine, ou 20 minutes/jour.

Le plus souvent les médecins disaient minimiser l'importance des recommandations dans leur pratique, voire parfois ils disaient ne pas les lire ce qui semble en contradiction avec l'importance qu'ils déclaraient donner au sujet de l'AP. Importance symbolisée par le degré de conviction noté systématiquement entre 6 et 10/10.

Les conseils d'AP associaient dans une majorité de cas des conseils en alimentation. Ceci dans des contextes de patients atteints de maladies cardio-vasculaires, rhumatismales, dorso-lombaires et anxio-dépressives prioritairement cités.

Les deux-tiers des médecins interrogés, tout âge confondu, abordaient le sujet de l'AP avec une méthode de type listes d'arguments. C'est-à-dire par des conseils simples délivrés sur un ton plutôt déclaratif. En essayant d'adapter les possibilités d'AP du patient en fonction de sa vie quotidienne.

Tandis qu'un dernier tiers d'entre-eux abordaient le sujet avec la méthode de type **entretien motivationnel**, sur un ton plutôt interrogatif à l'aide de questions ouvertes.

Les difficultés évoquées à propos de l'AP étaient principalement : le manque de temps à consacrer aux conseils de prévention, qualifiés de « chronophages » et ceci d'autant plus dans un contexte de pénurie de médecins généralistes.

Le manque de connaissance à propos des dernières recommandations, ou du manque de clarté de ces dernières. Ce qui se traduit par une forte hétérogénéité des conseils de fréquence et de durée d'AP hebdomadaire recommandée.

La difficulté à motiver les patients, voire une sensation de découragement à force de répétition.

Le fait d'éviter de se sentir culpabilisant.

Et enfin la difficulté de prise en charge de la blessure du sportif

En **pratique** l'un d'eux propose des vidéos YouTube de coach sportifs et de kinésithérapeutes, lorsqu'il sent que le patient restera probablement sédentaire et casanier. Dans cette même idée certains patients nécessiteraient parfois un « coach de vie ». E5 souligne d'ailleurs que l'un des principaux facteurs de santé, si ce n'est le principal c'est l'éducation. L'un des médecins interrogés a recours à une infirmière Asalée qui épaulé les médecins du cabinet, ceci afin de créer des groupes de marche entre patients et d'effectuer des consultations de diététique. Parfois certains font faire à leur patient un calendrier alimentaire voire un calendrier alimentaire et d'activité physique, sur une semaine. L'un d'entre eux met à disposition des flyers en salle d'attente, et expose des affiches de promotion de l'AP, très souvent lues par les patients.

Aucune distinction géographique n'a pu être faite entre l'Alsace et l'Ile de France à propos des conseils encourageants à la pratique d'une activité physique. Cependant à propos du sport sur ordonnance et de l'Activité Physique Adaptée (APA) : le réseau Prescri-Mouv en Alsace semble bien mieux connu et utilisé par une grande majorité de médecins. Contrairement au réseau sport-santé de la région parisienne qui semble doté d'un quadrillage différent, moins uniforme, moins connu et davantage dépendant de la ville d'exercice du médecin et de sa connaissance au niveau local de l'offre d'APA disponible.

Pour une **pratique** future, **certain**s médecins souhaiterait une amélioration de la formation médicale continue, avec un éventuel projet d'uniformisation des méthodes de délivrance des conseils au sujet de l'activité physique.

D'autres ont suggéré l'idée d'une fiche synthèse et résumé mentionnant les informations capitales à délivrer au patient à propos de l'AP. Ceci afin d'améliorer par exemple leur rapport aux recommandations. Tout en citant l'intérêt d'améliorer leurs compétences pour

la prescription d'Activité Physique Adaptée.

Proposition d'un prochain sujet de travail : il serait peut-être possible d'élaborer une proposition de **fiche synthèse des informations essentielles et résumées**, à citer aux patients à propos d'AP et d'APA ?

VU

Strasbourg le 16/1/2025

Le Président du Jury de Thèse



Professeur Gilles BERTSCHY

VU et approuvé

Strasbourg le 23 JAN. 2025

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



# Bibliographie

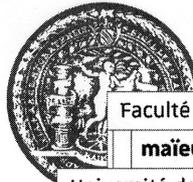
1. Haute Autorité de santé (HAS). Guide de consultation et prescription d'activité physique. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide\\_aps\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf). Consulté le 22 août 2024.
2. HY, Chen W, Wang CW, Yang HF, Huang WT, Fan SY. Relations entre l'activité physique et la satisfaction de vie et le bonheur chez les jeunes adultes, les personnes d'âge moyen et les personnes âgées. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/369812/>. Consulté le 27 août 2024.
3. Haute Autorité de santé (HAS). Guide de bonne pratique : consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide\\_aps\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf).
4. Quentin Marc, Connan Laurent. État des lieux des réseaux de soin favorisant la pratique d'une AP encadrée par des professionnels chez des patients suivis pour une maladie chronique, en France et dans des pays comparables. Disponible sur : <https://bu.univ-angers.fr/rechercher/description?notice=001034815&champ=tout&recherche=pubmed&tri=pertinence&page=2>.
5. Anses. Rapport sur le manque d'activité physique et l'excès de sédentarité. Février 2022. Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/content/manque-d%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-exc%C3%A8s-de-s%C3%A9dentarit%C3%A9-une-priorit%C3%A9-de-sant%C3%A9-publique>.
6. Sergent Juliette, Dine T. Intérêt de l'Activité Physique dans la prévention et le traitement de la dépression. Disponible sur : [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Pharma/2023/2023ULILE011.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Pharma/2023/2023ULILE011.pdf). Consulté le 8 avril 2024.

7. Ameli. L'exercice physique recommandé au quotidien et la lutte contre la sédentarité. 20 août 2024. Disponible sur : <https://www.ameli/assure/sante/themes/activite-physique-sante>. Consulté le 11 septembre 2024.
8. Imboden C, Claussen MC, Seifritz E, Gerber M. L'importance de l'AP sur la santé mentale. Disponible sur : <https://pub-ncbi-nlm-nih-gov.buadistant.univ-angers.fr/35291869/>.
9. Huet M. La promotion de l'activité physique en médecine générale, étude qualitative sur les représentations et les pratiques des généralistes de l'île de la Réunion. Science du vivant. 2020. Dumas-03043593. Disponible sur : <https://dumas/dumas-03043593>. Consulté le 8 avril 2024.
10. Kilgour AH, Rutterford M, Higson J, Meredith SJ, McNiff J, Mitchell S, et al. Obstacles et facteurs de motivations à l'activité physique chez les adultes de plus de 70 ans, une revue de la littérature quantitative. Disponible sur : <https://www-n-nlm-nih-gov.buadistant.univ-angers.fr/pmc/articles/PMC11036106/>.
11. Cathelain JB. Influence de l'activité physique du médecin généraliste sur sa pratique concernant l'activité physique en consultation. Thèse présentée le 2 juillet 2014. Disponible sur : <https://pe-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th-Médecine/2014/2014LIL2M239.pdf>. Consulté le 8 avril 2024.
12. A-A, Andrès E. Activité physique et gériatrie : revue de littérature. Disponible sur : <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.buadistant.univ-angers.fr/35652838/>.
13. Lévy-Weil FE, Jousse-Joulin S, Tiffreau V, Pérez R, Morisseau V, Bombezin-Domino A, et al. Covid-19 et confinement : étude en ligne sur l'activité physique et la qualité de vie des patients atteints de tétraplégie. Disponible sur : <https://www-ncbi-n-nih-gov.buadistant.univ-angers.fr/pmc/articles/PMC8479415/pdf/main.pdf>. Consulté le 5 septembre 2024.

14. Rapport MILDECA/Harris baromètre 2021. Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/les-francais-addicts-leurs-ecrans-publication-des-resultats-du-premier-barometre-mildecaharris>. Consulté le 20 septembre 2024.
15. Programme National Nutrition Santé 2019-2023. Bilan de sa mise en œuvre. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/240618\\_bilan\\_pns\\_4\\_impression.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/240618_bilan_pns_4_impression.pdf). Consulté le 25 novembre 2024.
16. Porquet C, Charton L. Projet FETOMP : thèse par analyse quantitative de la population consultant en médecine générale en quartiers prioritaires politiques de Strasbourg, selon le poids. Disponible sur : [https://publication-theses.unistra.fr/restreint/theses\\_exercice/MED/2020/2020\\_PORQUET\\_Cecile.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/restreint/theses_exercice/MED/2020/2020_PORQUET_Cecile.pdf). Consulté le 3 janvier 2025.
17. Gault B, Jung C, Charton L. Projet FETOMP : le surpoids et l'obésité expliqués par les patients précaires. Disponible sur : [https://publication-theses.unistra.fr/public/theses\\_exercice/MED/2020/2020\\_GAULT\\_Baptiste.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2020/2020_GAULT_Baptiste.pdf). Consulté le 9 janvier 2025.
18. Touboul P. Collège de médecine générale de Nice. Guide méthodologique pour réaliser une étude qualitative ; Mars 2013. Disponible sur [https://nice.cngc.fr/IMG/pdf/Recherche\\_qualitative\\_PT\\_Seminaire\\_de\\_these\\_2011.pdf](https://nice.cngc.fr/IMG/pdf/Recherche_qualitative_PT_Seminaire_de_these_2011.pdf) Consulté le 28/01/2025.
19. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008. Disponible sur : [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446\\_2008\\_introduction\\_RQ\\_Exercer.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf) consulté le 28/01/2025.

20. Anglade H, Prescription médicale d'activité physique : revue systématique et méta-analyse. 2024. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04906424v1>  
consulté le 29/01/2025
21. Cardona-Morrell M et coll. Reduction of diabetes risk in routine clinical practice : Are physical activity and nutrition interventions feasible and are the outcomes from reference trials replicable ? A systemic review and meta-analysis. BMC public health 2010. Disponible sur : <https://bel.uqtr.ca/id/eprint/3738/1/Fiche%20322.pdf>  
Consulté le 30/01/2025
22. Un nouveau rapport de l'OMS met en évidence les progrès et les défis liés à l'amélioration des niveaux d'activité physique dans l'Union européenne [Internet]. [cité 30 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/europe/fr/news/item/07-11-2024-new-who-report-highlights-progress-and-challenges-in-improving-physical-activity-levels-across-the-european-union>

# DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine  
maïeutique et sciences de la santé  
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

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

Nom : Cucubix Prénom : Alistair

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.*

Signature originale 

À Paris, le 21/01/2025

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

**Résumé :**

**Introduction :** Une activité physique (AP) régulière améliore la santé, prévient les maladies chroniques, et favorise la qualité de vie. Cependant, elle reste insuffisamment pratiquée en France, tandis que la sédentarité progresse dans nos sociétés modernes. Cette thèse examine comment les médecins généralistes (MG) abordent l'AP avec leurs patients.

**Matériel et méthode :** Étude qualitative, multicentrique. Un entretien semi-dirigé a été réalisé auprès de médecins exerçant en cabinet. Sur les 11 médecins, 7 exercent en Alsace, et 4 en région francilienne. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, retranscrits et anonymisés par verbatim. Le traitement des données a été fait par analyse thématique, puis transversale avec catégorisation des thèmes sélectionnés.

**Résultats :** Tous les MG interrogés abordent le sujet de l'AP, essentielle en prévention et en thérapeutique non médicamenteuse. Les moments propices incluent : le début de consultation (nouveau patient), après l'examen clinique ou lors de discussions sur les traitements. L'AP est évoquée directement (« Pratiquez-vous une AP ? ») ou indirectement (« Qu'avez-vous fait ce week-end ? »), en s'adaptant aux intérêts, au contexte de vie et à la pathologie du patient. L'objectif est d'intégrer ou de maintenir une AP dans le quotidien. Les médecins suivent souvent l'AP dans la gestion du poids, de l'hypertension, du diabète ou des dyslipidémies.

En Alsace, tous prescrivent au besoin une AP adaptée, ce qui est moins courant en Île-de-France, en raison d'une offre de soins "sport-santé sur ordonnance" plus irrégulière.

**Conclusion :** L'AP est couramment abordée par une majorité de MG, souvent associée à des discussions sur la sédentarité et l'alimentation. Cependant, les techniques restent peu standardisées et dépendent davantage des convictions personnelles que des référentiels existants. Bien que des recommandations (HAS, 2022) favorisent l'entretien motivationnel, son application reste limitée. Par ailleurs, le dépistage des comportements sédentaires est encore peu fréquent. Une fiche synthétique intégrant AP, alimentation et sédentarité pourrait améliorer les pratiques.

**Rubrique de classement :** Médecine générale

**Mots-clés :** activité physique, médecine générale, sédentarité, prévention, discussion personnalisée, entretien motivationnel, bien-être physique et psychologique

**Président :** Professeur BERTSCHY Gilles

**Asseseurs :**

Dr. SCHMITT Yannick – Directeur de thèse ; Maître de Conférences Associée des Universités de Médecine Générale

Dr. MERLE Yves – Membre du jury

**Adresse de l'auteur :** 43 Avenue du Docteur Arnold Netter, 75012 Paris