

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Frédéric TRONCHE

Le 25 octobre 2022

ÉTUDE DE L'IMPACT D'UNE FORMATION SUR LA PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR SA PROMOTION EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Directeurs de thèse : Dr Odile BOURGEOIS, Dr Marc BONNEFOY

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
Monsieur le Professeur Bruno CHICOULAA
Madame le Docteur Odile BOURGEOIS
Monsieur le Docteur Marc BONNEFOY

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maternité et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Huques	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SIAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MARNELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraires	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraires	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraires	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FERRET Bertrand
Professeur Honoraires	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraires	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraires	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraires	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraires	M. CHAP Huques	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraires	M. CHAVON Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraires	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraires	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraires	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraires	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraires	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraires	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraires	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraires	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraires	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraires	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraires	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraires	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraires	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraires	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraires	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraires	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraires associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraires	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraires	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraires	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraires	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraires	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraires	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraires	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraires	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSÉ Philippe
Professeur Honoraires	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraires	M. FRENKOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENGUE Christian
Professeur Honoraires	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraires	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Huques
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maternité et Paramédicaux

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et rhumatologique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDDUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAUREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphaël	Anatomie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Steen	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

Professeurs Associés

Professeur Associé de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BOYER Pierre
M. CHICCOLAA Bruno
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. FOUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène

Mme MALAYAUD Sandra

P.U. Médecine générale

M. MESTHE Pierre
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maternité et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRUE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEDRON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LDISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALVAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul.	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLNIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAÏL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEM Fatouma (C.E)	Généraliste
M. CANTACREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAÏDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Généraliste
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fond.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGÜINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Marie-Eugène	Généraliste et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHE Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-GOSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Généraliste
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
P.U. Médecine générale			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maternité et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Poi André	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julia	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Salouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CÂMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luane	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LIERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emille	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyri	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOLLIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDGUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yairnick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAÛNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurora	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Aline	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Laviria	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		
M.C.U. Médecine générale			
M. BISMUTH Michel			
M. BRILLAC Thierry			
Mme DUPOUY Julie			
M. ESCOURROU Emile			

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale	
M. BIREBENT Jordan	
Mme BOURGEOIS Odile	
Mme BOUSSIER Nathalie	
Mme FREYENS Anne	
Mme LATROUS Léila	
M. PIPONNIER David	
Mme PUECH Marielle	

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Oustric,

Médecin Généraliste

Professeur des Universités

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail de thèse.

Je vous en remercie, ainsi que de votre engagement auprès des internes en médecine générale Toulousains.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Chicoulaa,

Médecin Généraliste

Professeur Associé de Médecine Générale

Maître de Conférences Universitaire de Médecine Générale

Je vous remercie de siéger à ce jury et de l'attention que vous portez à mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Bourgeois,

Médecin Généraliste

Maître de Conférences Associé des Universités

Je vous remercie de votre implication dans ce travail que vous me faites l'honneur de juger en ce jour.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Bonnefoy,

Médecin Généraliste

J'ai en mémoire notre premier entretien à Capa'City. Quelques temps se sont écoulés depuis, et ce premier projet de thèse abandonné en cours de route. Je vous remercie de votre disponibilité au fil des ans dans ces deux projets.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A mes chers parents. Je peux encore me souvenir de cette impressionnante journée portes-ouvertes à la fac de Limoges en 2009, la première dans le grand bain pour un petit Lycéen... Que de temps et de chemin parcouru pour arriver à ce jour. Je ne vous serai jamais assez reconnaissant de votre soutien et de tous ce que vous m'avez apporté. Soyez assurés d'avoir aujourd'hui un fils heureux, et qui vous aime profondément.

A mon frère, ma belle-sœur et leur jolie Léa, que l'on peut admirer à chaque fois grandir un peu plus...

A ma famille, ma Tata, mon Tonton, Ludo, Lysiane, à ma marraine ainsi que François, pour l'affection que vous m'avez toujours portée ainsi que les liens que nous entretenons.

Aux Docteurs Annabelle Marquina et Elie Achkar. Je vous suis infiniment reconnaissant de votre accueil du premier jour, il y a déjà bientôt deux ans, ainsi que de la bienveillance dont vous m'avez toujours témoignée dans nos relations de travail.

A Dimitri & Marina, Theo, Hubert. Au travers de vous, j'ai eu la preuve que certaines des meilleures rencontres ne tiennent parfois qu'à un fil, et sans vous avoir rencontré le chemin n'aurait pas certainement pas été le même. Pour toutes nos folles anecdotes passées desquelles on ne se lassera pas, et je l'espère, pour nos nombreux projets à venir. Même si on ne sait toujours pas qui a coupé l'eau, merci de la joie que vous m'apportez ainsi que d'être les personnes et amis de qualité que vous êtes.

A David, pour l'ensemble de notre œuvre qui serait bien trop longue à décrire, de Limoges à Budapest en passant par notre Crit', que de chemin... on aura fait les 400 coups ! Ce ne sont ni les Palinkas ni les tours en bateau qui nous contrediront...

A Roman, pour nos nombreux moments Limougeauds, et les fructueuses révisions devant le foot durant l'externat (sans lesquelles il semble évident que ce jour serait arrivé beaucoup plus tôt !), notre périple Hollandais et plus tard pour ton accueil à Narbonne et les réveils (trop) matinaux avec un sourire en coin, à la douce mélodie du broyeur à café...

A Vincent, pour toutes les fois où tu m'as accueilli et les innombrables moments simples partagés, de Cabourg jusqu'Outre-Mer, je l'espère bientôt. En revanche, même 7 ans plus tard toujours pas merci pour le coup du billard...

A Marius, en début, et à Marcus en fin de soirée. Pour ces fous moments partagés ensemble (jusqu'à Besançon, tu vois de quoi je parle ?) et pour tous ces crocodiles dans des pirogues qui n'avaient pourtant rien demandé. Je te souhaite tout le bonheur dans la nouvelle vie à laquelle tu t'apprêtes.

A Romain, mon Lulu, notre Petit Urgentiste National, pour nos meilleurs moments passés mais pas que ceux-là, pas besoin d'en dire plus, on se comprend... Je te souhaite sincèrement le meilleur.

A Quentin, malgré ce graaaand écart générationnel, voir nos rapports intacts me donne le sourire malgré la distance et nos différents parcours et difficultés. Ce mot pour te souhaiter la bienvenue en Médecine Générale à Toulouse, je te souhaite d'y trouver tout le plaisir et l'épanouissement professionnel et personnel que tu mérites, et ce malgré que tu m'aies fait l'affront de lire ces lignes en avant-première...

A Mike et Andréa, pour notre petit bout de chemin commun, mine de rien qui commence à dater, de Limoges à l'Aveyron puis aujourd'hui à Toulouse. A nos moments partagés !

Au Chancre-Mou, -Association à but non lucratif et non intellectuel(*sic*) et ses membres 2012, Benoit, Kevin, Edouard, Geoffrey, Sammy, Amaury, pour tous ces moments qu'on racontera et surtout ceux qu'on ne racontera pas...

A Anouar, pour la constance de nos liens depuis les premiers jours, nos correspondances, ton accueil en Roumanie et nos petites escapades musicales passées et futures !

Aux personnes rencontrées grâce à la médecine au gré des stages et devenues amies, de Cahors à Auch en passant par Carcassonne, Grégoire & Justine, Lucas, Adèle, Louise, Laurie & Thibaut, Azadeh parmi d'autres.

A Mike, mon plus vieil ami, pour nos liens quasi préhistoriques. Je suis ravi de t'avoir avec ta petite famille en ce moment particulier. Qui l'aurait cru il y a 30 ans ?

Aux Habités Corréziens, Clément, Quentin, Guillaume, Antoine, Arnaud, Paul et les Yoann(s) ; après ces années, vous croiser est toujours un plaisir malgré les kilomètres.

A Marie, pour ton indéfectible soutien au travers de tout ce qu'a pu représenter ce travail et pour ce que tu es, pour être auprès de moi. Pour tous nos moments passés et surtout ceux à venir. Je t'aime.

A mes chers grands-parents, d'une manière ou d'une autre présents en ce jour si singulier.

A toutes les personnes qui me font le plaisir d'être à mes côtés en ce jour...

A tous ceux que j'oublie.

SERMENT D'HIPPOCRATE – Revu par l'Ordre des médecins en 2012

“Au moment d’être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.”

TABLE DES MATIERES

1	DEFINITIONS	1
1.1	LA SANTE	1
1.2	L'ACTIVITE PHYSIQUE	1
1.3	LES CARACTERISTIQUES D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE	1
1.4	LA SEDENTARITE	1
1.5	L'INACTIVITE PHYSIQUE	2
1.6	L'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE	2
1.7	SPORT-SANTE	2
2	INTRODUCTION	3
2.1	LES BENEFICES DE L'ACTIVITE PHYSIQUE	3
2.2	LES CONSEQUENCES DE LA SEDENTARITE ET DE L'INACTIVITE PHYSIQUE	4
2.3	NIVEAUX DE PRATIQUE ET ACCESSIBILITE A L'AP	5
2.4	LA PROMOTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE EN FRANCE	6
2.5	LA FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES	8
2.6	QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS	9
3	MATERIEL ET METHODES :	10
3.1	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	10
3.2	POPULATION CIBLE	10
3.3	CRITERES DE SELECTION	11
3.4	QUESTIONNAIRE	11
3.5	ETHIQUE	12
3.6	RECUEIL DES DONNEES	13
3.7	METHODES D'ANALYSE DES DONNEES	13
4	RESULTATS ET ANALYSE	14
4.1	RECRUTEMENT DES MEDECINS ET RECUEIL DE DONNEES	14
4.2	RESULTATS ET ANALYSE STATISTIQUE	15
5	DISCUSSION	35
5.1	PRINCIPAUX RESULTATS	35
5.2	VALIDITE DE L'ETUDE	39
5.3	PERSPECTIVES	41
6	CONCLUSION	44
7	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45
8	ANNEXES	45

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

AP : Activité Physique

APA : Activité Physique Adaptée

APS : Activité Physique et Sportive

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Équipe

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOSF : Comité National Olympique et Sportif Français

CV : Cardio-vasculaire

DPC : Développement Professionnel Continu

ECN : Épreuves Classantes Nationales

FITT-VP : Fréquence, Intensité, Type, Temps, Volume, Progression

FMC : Formation Médicale Continue

FST : Formation Spécialisée Transversale

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National pour la Prévention et l'Éducation à la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MG : Médecin(s) Généraliste(s)

MOOC : Massive Open Online Courses

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OGDPC : Organisme Général de Développement Professionnel Continu

PNNS : Plan National Nutrition Santé

SNSS : Stratégie Nationale Sport-Santé

SSBE : Sport Santé Bien-Être

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

- Figure n°1 : Évolution séculaire de l'AP quotidienne des Français (Plan National de Prévention par l'Activité Physique ou Sportive, 2008)
- Figure n°2 : Diagramme de flux
- Figure n°3 : Caractéristiques de la population étudiée
- Figure n°4 à 18 : Questions adressées aux participants

- Tableau n°1 : Caractéristiques de la population étudiée
- Tableau n°2 : Résultats de la deuxième section du questionnaire
- Tableau n°3 : Résultats de la troisième section du questionnaire

TABLE DES ANNEXES

- Annexe n°1 : Niveaux de preuve des effets bénéfiques de l'activité physique pour les différentes pathologies
- Annexe n°2 : Arbre décisionnel de la prescription d'activité physique adaptée
- Annexe n°3 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes
- Annexe n°4 : Courriel adressé aux participants

1 DEFINITIONS

1.1 LA SANTE

Elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) par « un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». (1)

1.2 L'ACTIVITE PHYSIQUE

L'OMS décrit l'activité physique (AP) comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie ». Elle désigne tous les mouvements que l'on peut effectuer dans le cadre des loisirs, sur le lieu de travail ou pour se déplacer d'un endroit à un autre. (2)

1.3 LES CARACTERISTIQUES D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE

Une AP est caractérisée par plusieurs paramètres dont la combinaison permet de connaître le niveau d'AP d'un individu donné. Elles sont regroupées sous l'acronyme « FITT-VP », pour fréquence, intensité, type, temps, volume et progression. (3)

1.4 LA SEDENTARITE

La sédentarité, ou comportement sédentaire, est définie par « une situation d'éveil caractérisée par une faible dépense énergétique, inférieure ou égale à la dépense énergétique de repos, en position allongée ou assise » (regarder la télévision, lire ou écrire en position assise ou allongée). Elle est distinguée de l'inactivité physique car elle engendre ses propres effets propres sur la santé. (3)(4)

1.5 L'INACTIVITE PHYSIQUE

L'inactivité physique est définie par une pratique habituelle à un niveau inférieur aux seuils d'AP recommandés. (4)

1.6 L'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

L'activité physique adaptée (APA) est définie par 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 APA vise à permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif de façon régulière. (5)

1.7 SPORT-SANTE

Il s'agit d'un sport dont les conditions de pratique sont aptes à maintenir ou améliorer l'état de santé en prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Le sport-santé fait appel à plusieurs catégories d'encadrants : professionnels de l'APA, éducateurs sportifs formés, selon les niveaux de vulnérabilités des publics déterminant ou non des besoins spécifiques. Les séances de sport-santé sont des activités de groupe organisées par les fédérations, associations, clubs sportifs ou municipalités. (3)

2 INTRODUCTION

2.1 LES BENEFICES DE L'ACTIVITE PHYSIQUE

L'AP est importante à tout âge, à la fois en prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Régulièrement pratiquée, elle est désormais largement admise comme un déterminant majeur de l'état de santé, de la condition physique, du maintien de l'autonomie et de la qualité de vie, de la perception et l'estime de soi. (3)

Même si sa pratique peut présenter certains risques (4), ses effets positifs ont été démontrés sur plusieurs fonctions physiologiques : la fonction musculaire, le capital osseux, la fonction endothéliale, le système immunitaire, les fonctions cérébrales et le système nerveux. (6)(7)

En population générale, la pratique régulière d'une AP diminue la mortalité globale tout cause confondue de 30% (8), et ce sans seuil minimal d'efficacité, même si le plus net bénéfice est constaté pour les populations inactives devenues modérément actives. (9)

De plus, elle contribue à des niveaux de preuve variable, à prévenir et prendre en charge certaines maladies non transmissibles (2)(10)(11)(*Annexe n°1, niveaux de preuve des effets bénéfiques de l'AP pour les différentes pathologies selon l'INSERM, 2019*) :

- Les pathologies métaboliques : diabète, obésité
- Les pathologies cardiovasculaires : coronaropathies, insuffisance cardiaque chronique, AOMI, AVC
- Les pathologies pulmonaires : BPCO, asthme
- Les pathologies ostéo-articulaires : rachialgie chronique, arthrose des membres inférieurs, rhumatismes inflammatoires, ostéoporose
- Les cancers : cancer du côlon, du sein, de l'endomètre, du poumon.
- Les pathologies neurodégénératives : maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson
- Les pathologies mentales : dépression, schizophrénie
- Les troubles du sommeil

2.2 LES CONSEQUENCES DE LA SEDENTARITE ET DE L'INACTIVITE PHYSIQUE

Malgré les bénéfices à la pratique d'une AP, la tendance globale actuelle évolue vers une diminution des pratiques d'AP au profit des comportements inactifs et sédentaires (Figure 1, Évolution séculaire de l'AP quotidienne des Français), ayant leurs propres effets négatifs sur l'état de santé. (12)(13)

Ce processus de sédentarisation semble résulter de l'essor de deux tendances au XXe siècle : le développement des transports motorisés limitant la dépense énergétique individuelle, et la communication télévisuelle puis informatique qui nous impliquent dans un quotidien de moins en moins actif. (14)

En 2012, l'inactivité physique était considérée comme le 4^e facteur de risque de mortalité mondiale. A l'origine de 2 millions de décès annuels dans le monde, la sédentarité est considérée comme la première cause de mortalité évitable, en cause dans 5% des cardiopathies coronariennes, 7% des diabètes de type 2, 9% des cancers du sein, 10% des cancers du côlon. (2) Dans le même temps, l'inactivité physique est responsable d'environ 10% des décès en Europe. (8)(15)

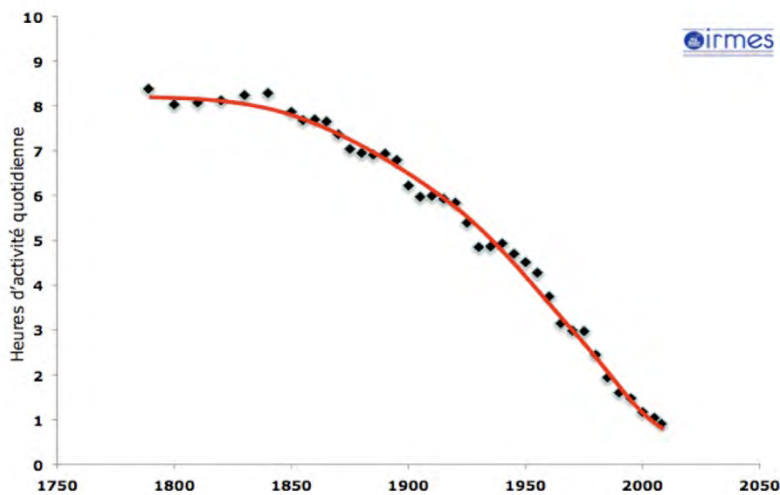


Figure n°1 : Évolution séculaire de l'AP quotidienne des Français (Plan National de Prévention par l'Activité Physique ou Sportive, 2008) (14)

La sédentarité représente également un réel enjeu financier. En France, son coût annuel est chiffré à 17 milliards d'euros par le ministère des Sports, dont 14 pour les dépenses de santé (15). En 2013, à l'échelle mondiale, le coût de l'inactivité physique était estimé à 54 milliards de dollars pour les soins de santé majorés de 14 milliards de dollars supplémentaires attribuables à la perte de productivité. Selon les pays, 1 à 3% des dépenses nationales de santé seraient imputables à l'inactivité physique sans prendre en compte les coûts liés à la santé mentale et aux troubles musculosquelettiques. (16)

2.3 NIVEAUX DE PRATIQUE ET ACCESSIBILITE A L'AP

En dépit de recommandations régulièrement actualisées (17), l'OMS constate l'absence d'améliorations des niveaux d'AP mondiaux depuis 2001.

En 2018, elle estime dans le monde qu'environ un adulte sur quatre (23%) et trois adolescents sur quatre (81%) n'atteignent pas les recommandations d'AP pour la santé, et espère une réduction de de l'inactivité globale de 10% en 2025 et 15% pour 2030. (2)(16)

En France, l'étude ESTEBAN (18) de l'Agence Santé Publique France, réalisée de 2014 à 2016 chez des adultes de 18 à 74 ans résidant en France métropolitaine, relève que seuls 53 % des femmes et 70 % des hommes atteignent les recommandations de l'OMS en matière d'AP. Près de 90 % des adultes déclarent 3 heures ou plus de comportements sédentaires par jour et 41 % plus de 7 heures. Un adulte sur cinq cumule un niveau de sédentarité élevé (entre 6 et 7h par jour) et un niveau d'AP bas, inférieur aux recommandations pour la santé.

En 2012, Bauman (19) recherche les déterminants de la pratique de l'AP. Il décrit des facteurs positivement associés à la pratique d'AP, d'ordre démographique, psychosociaux, comportementaux et environnementaux.

Plus tard, dans l'expertise collective parue en 2016, L'INSERM explique des inégalités d'accès à l'AP, reprenant les difficultés engendrées par certains facteurs individuels, socioéconomiques et environnementaux. (6)(16)

2.4 LA PROMOTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE EN FRANCE

2.4.1 Un contexte porteur

La promotion de l'AP pourrait être définie comme l'ensemble des actions consistant à accroître l'implication durable des populations sédentaires ou inactives à sa pratique ainsi qu'à son maintien chez les personnes actives.

Depuis le début des années 2000, une multitude de plans nationaux de santé, programmes ou stratégies se sont succédés afin d'appuyer tant la promotion de l'AP et le renforcement des pratiques que la limitation de la sédentarité, initialement en population générale puis en contexte de soin (10).

En ce sens, l'AP est dorénavant considérée comme un « objet d'action publique » par les institutions politiques et sanitaires. Le Plan national « Sport santé bien-être » (SSBE) de 2012 a permis le développement de réseaux régionaux de sport-santé permettant la coordination entre professionnels de santé, du sport, instances publiques et établissements de soin.

Plus récemment, la Stratégie Nationale de Santé (SNSS) 2018-2022 (20) et la Stratégie Nationale Sport-Santé 2019-2024 (articulée avec le PNNS4 2019-2023) (15) ont renouvelé l'intérêt d'une implication collective nationale et territoriale afin de promouvoir une culture de l'activité physique et sportive pour chacun alors que se profilent les Jeux Olympiques et Paralympiques de Paris en 2024.

A l'échelle mondiale, les plus récentes directives sont reprises au travers du Plan d'Action global pour l'activité physique (2018-2030) (16) de l'OMS. Celle-ci vise d'ici 2030 une réduction de 15% de la prévalence mondiale de l'inactivité physique chez les adultes et les adolescents.

2.4.2 La prescription d'activité physique

En 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit les mesures hygiéno-diététiques, dont l'AP, comme des thérapeutiques non médicamenteuses à part entière, réelles alternatives à la prescription médicamenteuse. Ces thérapeutiques prescriptibles peuvent se matérialiser de diverses façons : inscription sur une ordonnance, énoncé oral, distribution de brochures d'information, mise à disposition de coordonnées de professionnels spécialisés. (21)

L'idée de « Prescription d'AP » apparaît l'année suivante, suscitée par l'Académie Nationale de Médecine. Alors que celle-ci suggère déjà certaines modalités d'utilisation de cet outil, elle conseille également l'adoption du sport-santé pour tous en vue d'engager la société vers une augmentation des pratiques compte tenu de l'insuffisance des mesures contemporaines. (22)

Ultérieurement, l'article 144 de la loi n°2016-41 du 26/01/2016 de modernisation du système de santé permet, dans le cadre du parcours de soins, au médecin traitant de prescrire au patient en affection de longue durée (ALD) une AP adaptée (APA) à sa pathologie, ses capacités physiques et son risque médical. (23). Le décret n°2016-1990 du 30/12/2016 définit les conditions de dispensation de cette APA (5), à laquelle sont éligibles à 10 à 11 millions de Français souffrant d'une ALD.

Entré en vigueur le 1er mars 2017, Ce dispositif a donc pour objectif de permettre l'adoption d'un mode de vie physiquement et durablement actif, en intégrant les potentielles limitations de chacun et définissant par la même le niveau de qualification requis du personnel encadrant.

En 2019, La HAS édite un « *guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé* » (3) destiné à guider et accompagner les prescripteurs dans cette filière (*Annexe n°2, Arbre décisionnel de la prescription d'APA*). En 2022 paraît le guide de « *Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte* ». (24)

Pour la HAS, tous les médecins devraient acquérir des connaissances de base sur l'AP et sur les comportements sédentaires ainsi que leurs effets sur la santé, ces connaissances étant considérées comme essentielles dans l'élaboration du jugement clinique avant de conseiller ou de prescrire une AP adaptée à l'état de santé du patient.

L'article 2 de la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 (25) visant à démocratiser le sport en France révisé cette politique et, dans le cadre du parcours de soins, ouvre la prescription d'APA à l'ensemble des médecins et pour les « personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risque et des personnes en perte d'autonomie ».

2.5 LA FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES

Bien qu'intégrée au programme des épreuves classantes nationales (ECN) en 2017, la prescription de l'AP reste un sujet peu abordé au second cycle des études médicales, objet de quelques pages dans les référentiels de Cardiologie et de Médecine Physique et Réadaptation au programme des Épreuves Classantes Nationales (26)(27). Au cours de 3^e cycle, une douzaine d'universités Françaises, dont Toulouse, proposent des Formations Universitaires. (28)

La formation sur le sujet semble également relever de la décision personnelle de se former sur le sujet avec les diplômes universitaires, FST, Capacités de médecine du sport, MOOC (Massive open online courses), ou formations délivrées par certains réseaux comme effORMip (29). De même, dans le cadre du Développement Professionnel Continu, des organismes de formations agréés par l'OGDPC permettent de se former à la prescription de l'AP.

2.6 QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

Ce travail visait à évaluer la motivation des MG et leur pratique en matière de prescription de l'AP selon qu'ils aient bénéficié ou non d'une formation DPC sur la prescription de l'AP.

2.6.1 Question de recherche

La question de recherche était la suivante :

« Recevoir une formation sur la prescription d'activité physique modifie-t-il le comportement des MG en matière de promotion de l'activité physique ? »

2.6.2 Objectif principal

L'objectif principal était de déterminer l'impact d'une formation sur la prescription de l'activité physique par les médecins généralistes.

2.6.3 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Recueillir la connaissance et l'usage par les médecins généralistes de la prescription écrite d'activité physique.
- Évaluer la demande par les MG de formations sur la prescription d'AP.

3 MATERIEL ET METHODES :

3.1 CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE

La recherche consistait en une étude épidémiologique quantitative, rétrospective, descriptive.

3.2 POPULATION CIBLE

Pour le groupe « Intervention » : les 163 médecins généralistes ayant suivi une formation DPC sur « La Prescription d'une Activité Physique » entre le 15/06/2017 et le 21/11/2017 ont été invités à remplir un questionnaire entre le 20/06/2022 et le 21/07/2022.

Les formations DPC étudiées se sont déroulées entre le 15/06/2017 et le 21/11/2017) dans plusieurs villes d'Occitanie (Auch, Cahors, Lacroix-Falgarde, Toulouse).

Il s'agit de formations toutes construites sur le même domaine, dispensées par l'Association FMC action et validées par l'OGPDC : elles durent 2h30, se déroulent pour 10 à 20 médecins généralistes. Elles sont animées par un MG ayant une compétence de médecine du sport. Les objectifs pédagogiques sont :

- Définir le cadre légal de la prescription d'AP.
- Préciser le contexte épidémiologique.
- Reconnaître les généralités sur l'AP.
- Rédiger sur ordonnance une prescription d'AP, avec comme sous objectifs :
évaluer le risque CV, repérer les personnes à risque ; réaliser une évaluation minimale avant conseil ou prescription ; organiser la consultation médicale de prescription d'AP ; montrer les spécificités des patients en surpoids ou obèses.

Les méthodes pédagogiques choisies sont : de brefs cours magistraux interactifs et des situations cliniques discutées par les participants.

Pour le groupe « Témoin » : le questionnaire à d'autre part été adressé à 71 médecins « naïfs » recrutés dans deux associations de FMC de la région Toulousaine. Ces MG ont déclaré n'avoir suivi aucune formation d'aucune sorte sur la prescription d'AP dans les trois ans précédents et ne pas avoir de compétence dans ce domaine. Cette population a constitué le groupe Témoin.

3.3 CRITERES DE SELECTION

3.3.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Être Médecine Généraliste libéral installé ou remplaçant en région Occitanie.
- Avoir bénéficié d'un DPC sur la prescription de l'AP entre le 15/06/2017 et le 21/11/2017 pour le groupe Intervention.
- N'avoir bénéficié d'aucune formation sur la prescription de l'AP dans les 3 ans précédents et ne pas justifier de compétence particulière de prescription de l'AP pour le groupe Témoin.

3.3.2 Critères de non-inclusion

Le critère de non-inclusion était :

- Ne pas être Médecin Généraliste libéral.

3.4 QUESTIONNAIRE

Le questionnaire comportait 22 questions : 21 fermées dont 9 nuancées avec l'échelle de Likert et 1 question à réponse libre. (*Annexe n°3, Questionnaire adressé aux médecins généralistes*)

Ces 22 questions étaient réparties en trois différentes sections :

- La première section (7 questions) visait à définir les caractéristiques professionnelles et socio-démographiques des personnes interrogées ainsi que leurs propres habitudes de pratique d'AP.
- La deuxième section (9 questions) visait à explorer les ressentis et pratiques professionnelles des médecins généralistes interrogés en matière de promotion de l'AP.
- La troisième et dernière section (6 questions) visait à explorer les connaissances et pratiques des médecins interrogés quant à la prescription d'AP ainsi que leurs attentes d'une formation sur le sujet.

Après élaboration, il a été relu par 3 médecins généralistes et 2 personnes non issues du milieu médical puis testé par 5 médecins et modifié selon leurs recommandations. Environ cinq minutes suffisaient à le remplir entièrement.

3.5 ÉTHIQUE

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL avec la méthodologie de référence MR-004 concernant les recherches n'impliquant pas la personne humaine dans le cadre d'études et d'évaluations dans le domaine de la santé. Elle a été menée avec l'accord du département universitaire de médecine générale de la faculté de Toulouse Rangueil.

Un courriel d'information (*Annexe n°4, Courriel adressé aux participants*) était adressé à chaque participant. Bien que le premier contact ait été réalisé par téléphone, il était précisé que la réponse au questionnaire était anonyme.

Le questionnaire était hébergé par la plateforme Google Form, les données recueillies ont ensuite été extraites sous forme d'un fichier Excel puis enregistrées sur un disque dur externe et une clé USB.

3.6 RECUEIL DES DONNEES

Chaque MG de la liste remise par l'organisme de formation ou des associations de FMC était initialement contacté par téléphone, afin d'être informé de l'étude et d'être invité à participer. Un lien internet menant au questionnaire était envoyé par courriel. Deux semaines après le premier envoi par courriel, une relance était réalisée.

3.7 METHODES D'ANALYSE DES DONNEES

L'analyse statistique descriptive des résultats a été faite sur un tableur Microsoft Excel. Pour chaque variable, un pourcentage de distribution a été établi.

L'analyse comparative des réponses au questionnaire a été réalisée grâce à l'outil numérique en ligne BiostaTGV. Le test exact de Fischer a été utilisé pour des effectifs inférieurs à 5, et le test du Chi2 pour des effectifs supérieurs ou égaux à 5. Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$.

4 RESULTATS ET ANALYSE

4.1 RECRUTEMENT DES MEDECINS ET RECUEIL DE DONNEES

Pour le groupe Intervention, 32 médecins ayant suivi le DPC sur la prescription d'AP ont accepté de répondre à notre questionnaire.

Parmi ces 32 médecins, 2 n'ont pas été inclus dans l'étude car l'un était rhumatologue et l'autre médecin réadaptateur. 30 MG de statut « formé » étaient éligibles à l'étude.

Pour le groupe Témoin, les 71 médecins faisant partie de deux groupes de FMC de la périphérie toulousaine ont été sollicités pour répondre à notre questionnaire. 42 MG libéraux ont accepté d'y répondre.

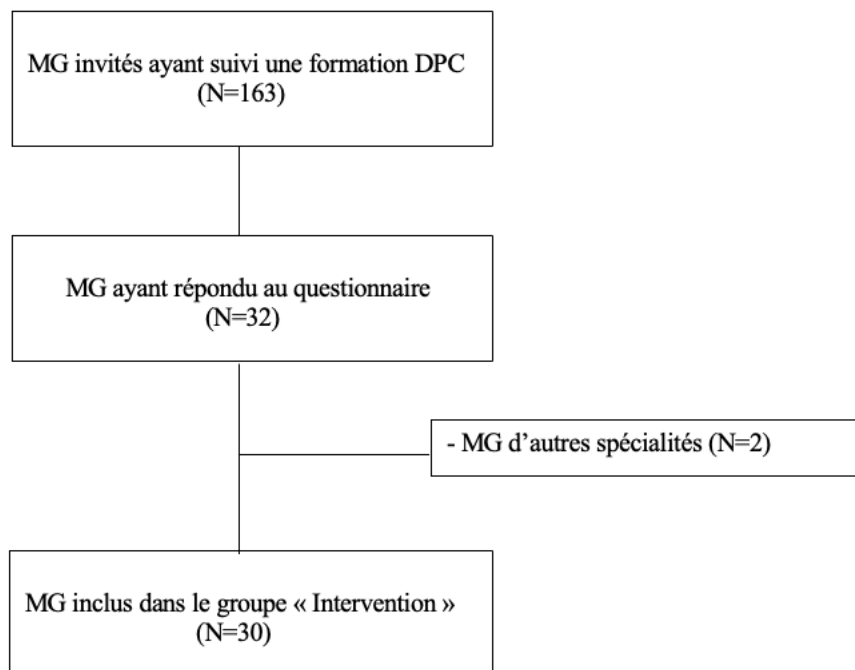


Figure n°2 : Diagramme de flux

4.2 RESULTATS ET ANALYSE STATISTIQUE

4.2.1 Première partie : profil des répondants

La population étudiée était caractérisée selon plusieurs facteurs : le sexe, le mode d'exercice, l'ancienneté d'installation, le milieu d'exercice, le statut de maître de stage universitaire et les habitudes personnelles de pratiques d'AP. (*Tableau n°1, et Figure n°3, Caractéristiques de la population étudiée*)

Sur les 72 médecins participants figuraient 70% (N=50) de femmes et 30% (N=22) d'hommes.

94,44% (N=68) d'entre eux étaient médecins généralistes installés, 5,56% (N=4) des médecins généralistes remplaçants. 8,33% (N=6) des répondants se déclaraient également médecins du sport.

22,22% (N=26) des médecins se déclaraient installés depuis moins de 10 ans, 43,06% (N=31) déclaraient l'être depuis entre 10 et 30 ans, 15,28% (N=11) depuis plus de 30 ans.

9,72% (N=7) d'entre eux déclaraient exercer en zone rurale, 38,89% (N=28) en zone semi-rurale, 47,22% (N=34) en zone urbaine. 4,17% (N=3) des répondants déclaraient exercer en milieu variable (zones urbaine et semi-rurale ; zones rurale et semi-rurale ; zones urbaines, semi-rurales et rurales).

41,67% (N=30) des répondants étaient maîtres de stage universitaire à l'inverse des 58,33% (N=42) restants.

8,33% (N=6) des répondants déclaraient ne « jamais » pratiquer d'AP et 20,83% (N=15) d'entre eux ne disaient que « rarement » en pratiquer. A l'inverse, 50,00% (N=36) d'entre eux jugeaient « souvent » pratiquer une AP, et 20,83% (N=15) « très souvent ».

	Effectifs N (%)		
	Groupe Témoin	Groupe Intervention	Total
	30	42	72
Sexe féminin Sexe masculin	22 (73,33) 8 (26,67)	28 (66,67) 14 (33,33)	50 (69,44) 22 (30,56)
Médecin généraliste installé Médecin généraliste remplaçant Médecin du sport	27 (90,00) 3 (10,00) 4 (13,33)	41 (97,62) 1 (2,38) 2 (4,76)	68 (94,44) 4 (5,56) 6 (8,33)
Non installé Installation <10 ans Installation 10-30 ans Installation > 30 ans	3 (10,00) 11 (36,67) 13 (43,33) 3 (10,00)	1 (2,38) 15 (35,71) 18 (42,86) 8 (19,05)	4 (5,56) 26 (22,22) 31 (43,06) 11 (15,28)
Exercice rural Exercice semi-rural Exercice urbain Exercice mixte	3 (7,14) 11 (26,19) 14 (33,33) 2 (4,76)	4 (13,33) 17 (56,67) 20 (66,67) 1 (3,33)	7 (9,72) 28 (38,89) 34 (47,22) 3 (4,17)
Maître de stage universitaire (MSU) Non MSU	12 (40,00) 18 (60,00)	18 (42,86) 24 (57,14)	30 (41,67) 42 (58,33)
Absence de pratique d'AP Pratique rarement une AP Pratique souvent une AP Pratique très souvent une AP	1 (3,33) 4 (13,33) 14 (46,67) 11 (36,67)	5 (11,90) 11 (26,19) 22 (52,38) 4 (9,52)	6 (8,33) 15 (20,83) 36 (50,00) 15 (20,83)

Tableau n°1 : Caractéristiques de la population étudiée



Figure n°3 : Caractéristiques des populations étudiées

4.2.2 Deuxième partie : ressenti et pratiques professionnelles des répondants en matière de promotion de l'AP

L'ensemble des résultats de la deuxième section a été compilé dans le tableau n°2.

	N	Effectifs N (%)		Différence ?
		Groupe Intervention	Groupe Témoin	
	42	30		
En général, diriez-vous que vous êtes à l'aise avec le concept de promotion de l'AP?	Pas du tout à l'aise	0 (0,00)	9 (21,43)	p < 0,05
	Peu à l'aise	4 (13,33)	9 (21,43)	
	Assez à l'aise	19 (63,33)	25 (59,52)	
	Très à l'aise	7 (23,33)	6 (14,29)	
Dans votre pratique médicale, à quelle fréquence abordez-vous le sujet de l'AP avec vos patients?	Jamais	0(0,00)	0 (0,00)	p = 0,12
	Rarement	1 (3,33)	3 (7,14)	
	Souvent	16 (53,33)	30 (71,43)	
	Très souvent	13 (43,33)	9 (21,43)	
Quelles raisons pourraient vous limiter à aborder ce sujet ? (Une ou plusieurs réponses possibles)	Manque de temps	22 (73,33)	23 (54,76)	p < 0,05
	Sentiment de formation incomplète	1 (3,33)	15 (35,71)	
	Risque de la pratique d'AP par certains patients	1 (3,33)	7 (16,67)	
	Découragement, lassitude	7 (23,33)	7 (16,67)	
Dans quelles circonstances de consultation êtes-vous susceptible d'aborder ce sujet? (Une ou plusieurs réponses possibles)	Premier contact avec un nouveau patient	19 (63,33)	19 (45,24)	p = 0,71
	Renouvellement d'ordonnance chez un patient porteur de maladie chronique	29 (96,67)	40 (95,24)	
	Certificat de non contre indication à la pratique sportive	22 (73,33)	36 (85,71)	
	Quand le patient vous sollicite à ce sujet	27 (90,00)	36 (85,71)	
Quels éléments cherchez-vous à préciser au moment d'aborder ce sujet? (Une ou plusieurs réponses possibles)	Evaluation du niveau actuel de pratique d'AP du patient	27 (90,00)	35 (83,33)	p = 0,80
	Evaluation de la motivation du patient à la pratique d'une AP	29 (96,67)	29 (69,05)	
	Revue globale des antécédents personnels et familiaux	19 (63,33)	25 (59,52)	
	Détermination du niveau de risque cardiovasculaire (CV)	22 (73,33)	34 (80,95)	
	Détermination des autres risques (non CV) à la pratique d'une AP	18 (60,00)	19 (45,24)	
Quels éléments avez-vous l'habitude de rechercher afin de déterminer le niveau d'AP pratiquée par vos patients? (Une ou plusieurs réponses possibles)	Le type d'AP pratiquée	28 (93,33)	40 (95,24)	p = 0,98
	La quantité d'AP réalisée	27 (90,00)	41 (97,62)	
	Les conditions sociales de pratique	15 (50,00)	18 (42,86)	
	Le retentissement psychologique d'une pratique d'AP	14 (46,67)	18 (42,86)	
	La recherche de l'utilisation de dispositifs connectés	4 (13,33)	5 (11,90)	
Que(s) outil(s) avez-vous l'habitude d'utiliser afin de promouvoir la pratique d'une AP par vos patients? (Une ou plusieurs réponses possibles)	Conseil oral minimal	30 (100,00)	40 (95,24)	p = 0,63
	Encouragements et motivation	27 (90,00)	35 (83,33)	
	Supports écrits standardisés	3 (10,00)	1 (2,38)	
	Prescription d'AP	5 (16,67)	6 (14,29)	
	Conseil d'usage d'objets connectés	5 (16,67)	3 (7,14)	
Connaissez-vous certaines ressources spécialisées dans l'encadrement de la pratique de l'AP?	Oui	20 (66,67)	14 (33,33)	p < 0,05
	Non	8 (26,67)	27 (64,29)	
	Autre réponse	2 (6,67)	1 (2,38)	
		N=20	N=14	
Si oui, vous arrive-t'il d'y adresser certains de vos patients?	Oui	16 (80,00)	10 (71,43)	p = 0,63
	Non	4 (20,00)	4 (28,57)	

Tableau n°2 : Résultats de la deuxième section du questionnaire

4.2.2.1 Question n°8 : En général, diriez-vous que vous êtes à l'aise avec le concept de promotion de l'AP ? (évalué par une échelle de Likert de « Pas du tout à l'aise » à « Très à l'aise »)

Les MG du groupe Intervention se sentaient globalement plus à l'aise avec la promotion d'AP que les MG non formés et ce de façon statistiquement significative (Test exact de Fischer, $p < 0,05$).

- 59,52% (N=25) des MG du groupe Témoin se déclaraient être « assez à l'aise » avec la notion de promotion de l'AP, tandis que 14,29% (N=6) se disaient « très à l'aise ». 21,43% (N=9) se disaient « peu à l'aise », 4,76% (N=2) « pas du tout à l'aise ».
- 63,33% (N=19) des MG du groupe Intervention se déclaraient être « assez à l'aise » avec la notion de promotion de l'AP, tandis que 23,33 % (N=7) se disaient « très à l'aise ». 13,33 % (N=4) se disaient « peu à l'aise », et aucun (N=0) ne se disait « pas du tout à l'aise » avec cette notion. (Figure n°)

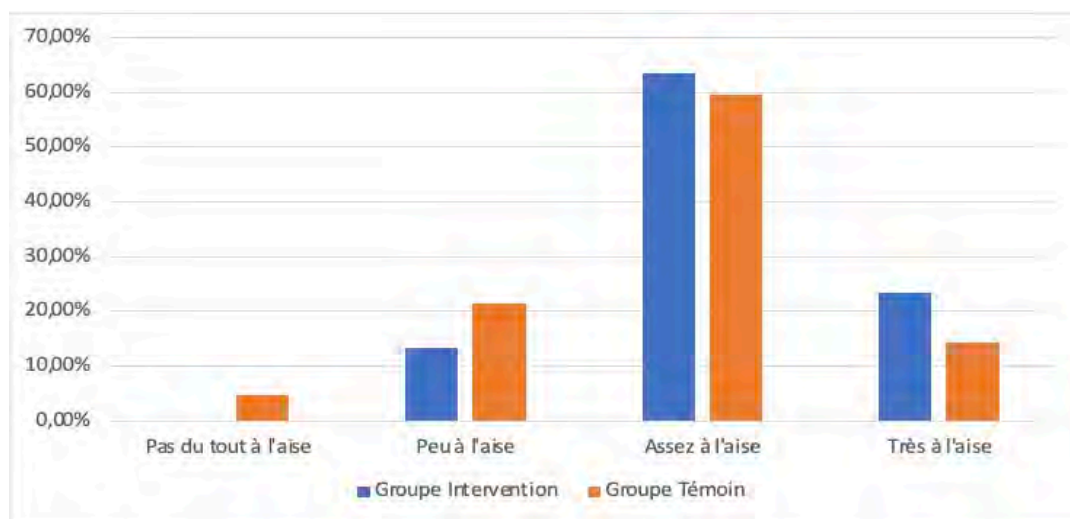


Figure n°4 : En général, diriez-vous être à l'aise avec le concept de promotion d'AP ?

4.2.2.2 Question n°9 : Dans votre pratique médicale, à quelle fréquence abordez-vous le sujet de l'AP avec vos patients ? (évalué par une échelle de Likert de « Jamais » à « Très souvent »)

L'AP semblait être un thème fréquemment abordé par la majorité des MG auprès de leurs patients, sans qu'il n'y ait eu de différence statistiquement significative retrouvée entre les MG des groupes Intervention et Témoin. (Test exact de Fischer, $p = 0,12$)

- 71,43% (N=30) des MG du groupe Témoin déclaraient « souvent » aborder le sujet de l'AP avec leurs patients. 21,43% (N=9) l'abordaient « très souvent », 7,14% (N=3) « rarement », et aucun (N=0) déclarait ne « jamais » le faire.
- 53,33% (N=16) des MG du groupe Intervention déclaraient « souvent » aborder l'AP avec leurs patients, 43,33% (N=13) « très souvent », contre 3,33% (N=1) « rarement » et aucun (N=0) « jamais ». (Figure n°5)

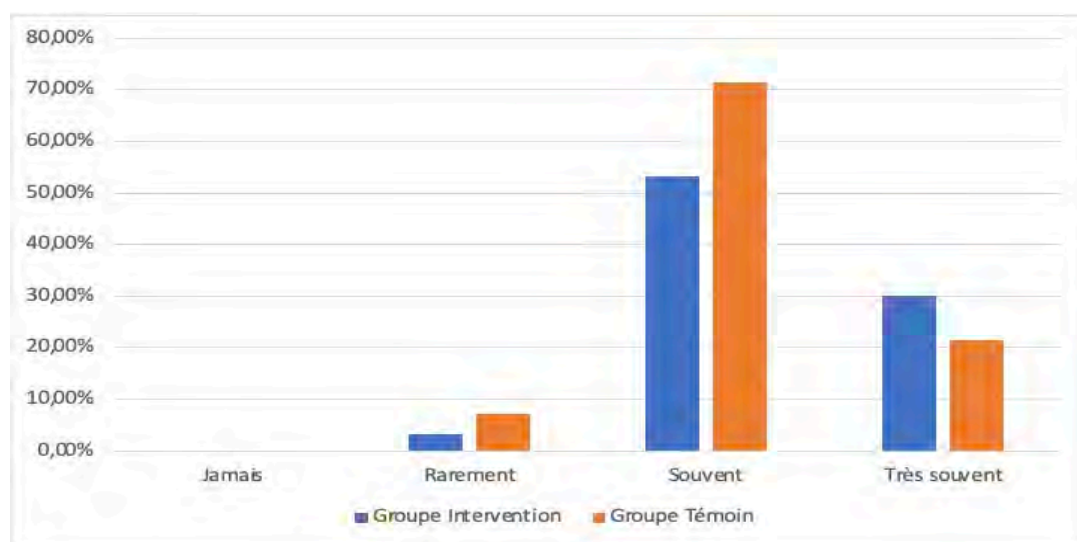


Figure n°5 : Dans votre pratique médicale, à quelle fréquence abordez-vous le sujet de l'AP avec vos patients ?

4.2.2.3 Question n°10 : Quelles raisons pourraient vous limiter à aborder ce sujet ?

Il existait une différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant les facteurs limitants l'abord de l'AP en consultation (Test exact de Fischer, $p < 0,05$). Les MG du groupe Intervention avaient moins le sentiment de formation incomplète et semblaient moins influencés par les risques encourus par leurs patients à la pratique d'une AP. Vis-à-vis des MG du groupe Témoin, ils déclaraient plus souvent manquer de temps ainsi qu'un découragement et une lassitude.

- 54,76% (N=23) des MG du groupe Témoin et 73,33% (N=22) des MG du groupe Intervention déclaraient manquer de temps pour aborder l'AP.
- 35,71% (N=15) des MG du groupe Témoin et 3,33% (N=1) des MG du groupe Intervention disaient avoir le sentiment d'une formation incomplète.
- 16,67% (N=7) des MG du groupe Témoin contre 3,33% (N=1) des MG du groupe Intervention se disaient limités par le risque de la pratique d'AP par certains patients.
- 16,67% (n=7) des MG du groupe Témoin contre 23,33% (N=7) des MG du groupe Intervention déclaraient un découragement et une lassitude à l'abord de l'AP en consultation. (Figure n°6)

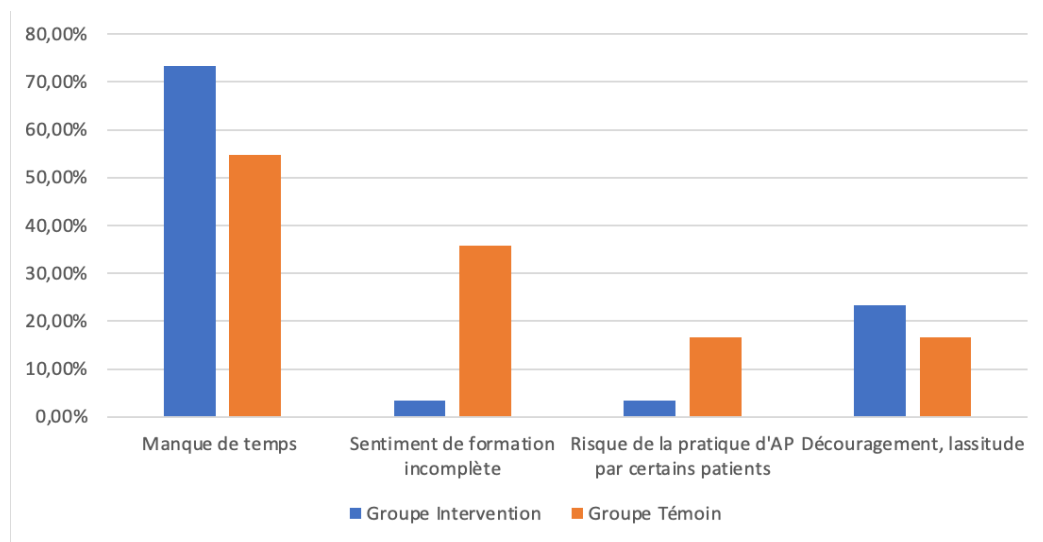


Figure n°6 : Quelles raisons pourraient vous limiter à aborder ce sujet ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

4.2.2.4 Question n°11 : Dans quelles circonstances de consultation êtes-vous susceptible d'aborder ce sujet ?

Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative entre les MG des groupe Intervention et Témoin concernant les circonstances de consultation pouvant les amener à parler d'AP avec leurs patients (Test du Chi2, $p = 0,71$).

- 95,24% (N=40) des MG du groupe Témoin et 96,67% (N=29) des MG du groupe Intervention profitaient d'une consultation pour renouvellement d'une ordonnance chez un patient porteur d'une maladie chronique.
- 85,71% (N=36) des MG du groupe Témoin et 90,00% (N=27) des MG du groupe Intervention profitaient d'être sollicités par leurs patients afin d'aborder l'AP.
- 85,71% (N=36) des MG du groupe Témoin et 73,33% (N=22) des MG du groupe Intervention se disaient susceptibles d'aborder le sujet au décours d'une consultation pour obtention d'un certificat de non contre-indication à la pratique sportive.
- Moins d'entre eux ne disaient profiter du premier contact avec un nouveau patient pour aborder la question, pour 45,24% (N=19) des MG du groupe Témoin et 63,33% (N=19) des MG du groupe Intervention. (Figure n°7)

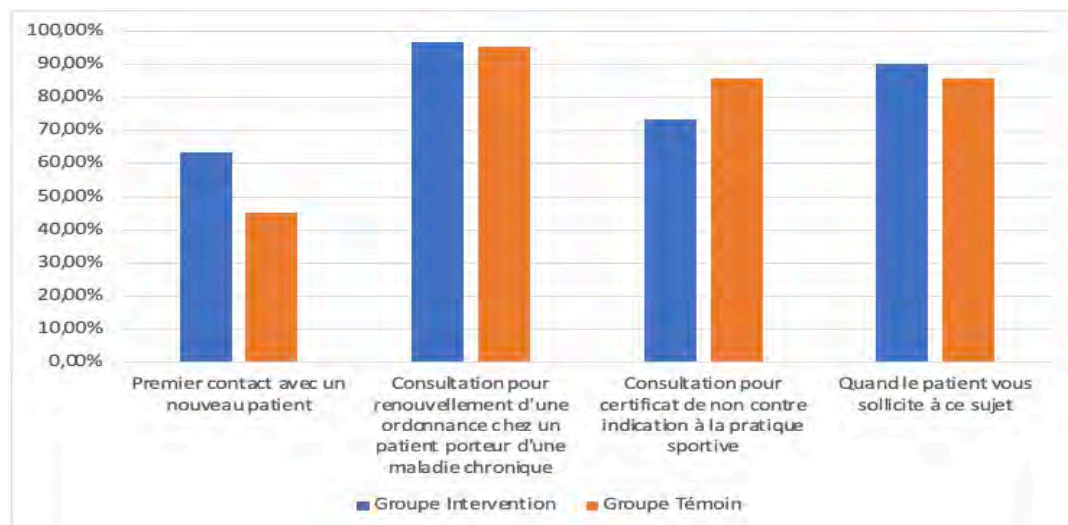


Figure n°7 : Dans quelles circonstances de consultation êtes-vous susceptible d'aborder ce sujet ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

4.2.2.5 Question n°12 : Quels éléments cherchez-vous à préciser au moment d'aborder ce sujet ?

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les MG des groupe Intervention et Témoin concernant les éléments anamnestiques recherchés à l'abord de l'AP (Test du Chi2, $p = 0,80$).

- 83,33% (N=35) des MG du groupe Témoin et 90,00% (N=27) des MG du groupe Intervention déclaraient évaluer le niveau de pratique d'AP actuel du patient.
- 69,05% (N=29) des MG du groupe Témoin et 96,67% (N=29) des MG du groupe Intervention déclaraient évaluer la motivation du patient à la pratique d'une AP.
- 59,52% (N=25) des MG du groupe Témoin et 63,33% (N=19) des MG du groupe Intervention déclaraient chercher à déterminer les antécédents personnels et familiaux de leurs patients.
- 80,95% (N=34) des MG du groupe Témoin et 73,33% (N=22) des MG du groupe Intervention déclaraient chercher à évaluer le niveau de risque cardio-vasculaire de leurs patients.
- Enfin, moins d'entre eux, 45,24% (N=19) des MG du groupe Témoin et 60,00% (N=18) des MG du groupe Intervention déclaraient chercher les autres risques (non cardio-vasculaires) liés à la pratique d'une AP. (Figure n°8)

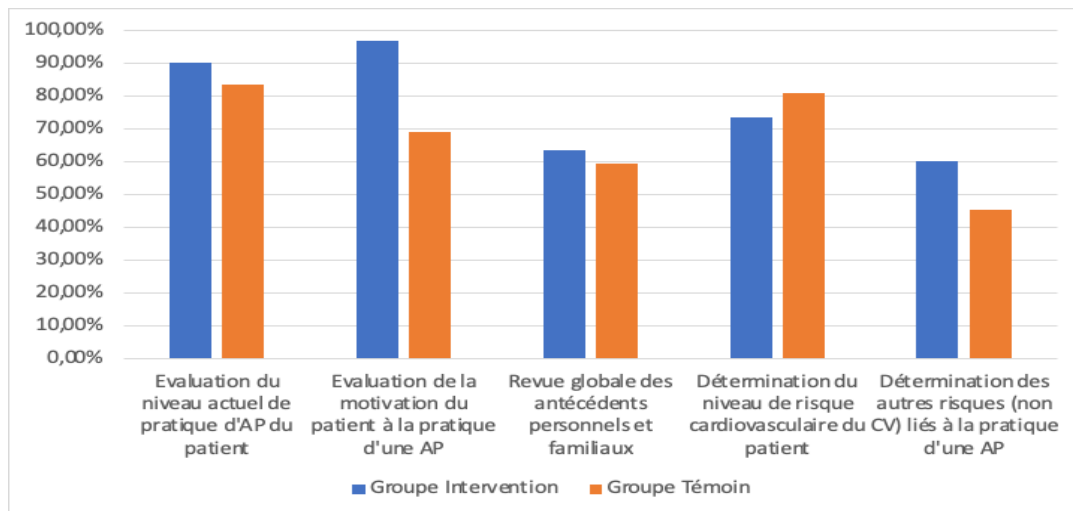


Figure n°8 : Quels éléments cherchez-vous à préciser au moment d'aborder ce sujet ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

4.2.2.6 Question n°13 : Quels éléments avez-vous l'habitude de rechercher afin de déterminer le niveau d'AP pratiquée par vos patients ?

Les habitudes des MG du groupe Témoin et Intervention ne présentaient pas de différence statistiquement significative concernant les éléments recherchés afin de déterminer le niveau d'AP pratiquée par les patients (Test du Chi2, $p = 0,98$). Les MG cherchent d'abord à définir le type et la quantité d'AP réalisés avant les conditions sociales de pratiques et le retentissement psychologique des patients. Ils semblent moins intéressés par la recherche de l'usage de dispositifs connectés.

- Le type d'AP était recherché pour 95,24% (N=40) des MG du groupe Témoin et 93,33% (N=28) des MG du groupe Intervention.
- La quantité d'AP réalisée était recherchée pour 97,62% (N=41) des MG du groupe Témoin et 90,00% (N=27) des MG du groupe Intervention.
- Les conditions sociales de pratique l'étaient pour 42,86% (N=18) des MG du groupe Témoin et 50,00% (N=15) des MG du groupe Intervention.
- Le retentissement psychologique de la pratique était recherché pour 42,86% (N=18) des MG du groupe Témoin et 46,67% (N=14) des MG du groupe Intervention.
- Enfin, l'utilisation de dispositifs connectés était recherchée par 11,90% (N=5) des MG du groupe Témoin et 13,33% (N=4) des MG du groupe Intervention. (Figure n°9)

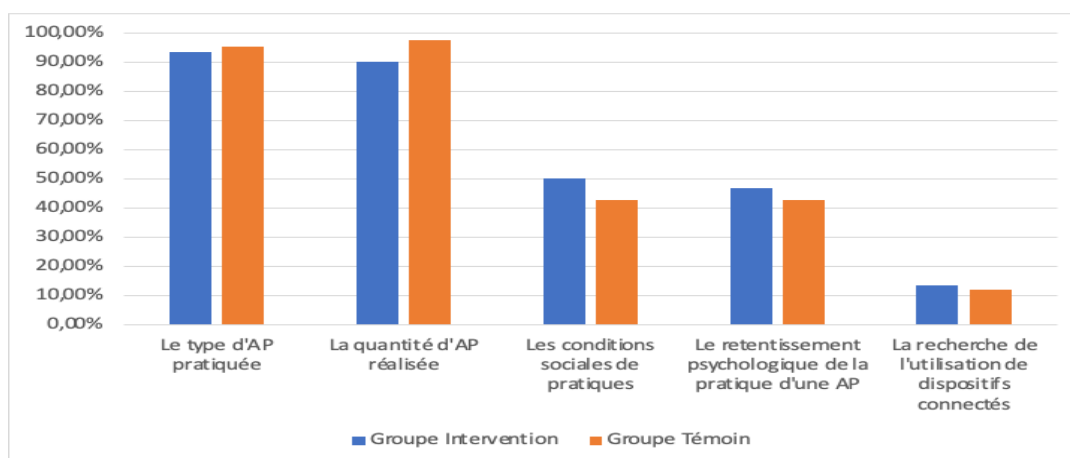


Figure n°9 : Quels éléments avez-vous l'habitude de rechercher afin de déterminer le niveau d'AP pratiquée par vos patients ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

4.2.2.7 Question n°14 : Quel(s) outil(s) avez-vous l'habitude d'utiliser afin de promouvoir la pratique d'une AP par vos patients ?

Aucune différence statistiquement significative n'a été montrée entre les MG quant aux moyens mis en œuvre afin de promouvoir la pratique d'AP (Test exact de Fischer, $p = 0,63$). Qu'ils aient été ou non formés à la prescription d'AP, le moyen le plus utilisé par les MG afin de promouvoir l'AP étaient le conseil oral sur les bénéfices de l'AP en parallèle aux encouragements et au renforcement motivationnel. La prescription d'AP, l'usage d'objets connectés ou de supports standardisés étaient des ressources moins utilisées des MG.

- 95,24% (N=40) des MG du groupe Témoin et pour la totalité (N=30) des MG du groupe Intervention déclaraient utiliser le conseil oral et les règles hygiéno-diététiques.
- 83,33% (N=35) des MG du groupe Témoin ainsi que 90,00% (N=27) des MG du groupe Intervention déclaraient avoir l'habitude d'encourager et motiver leurs patients.
- 14,29% (N=6) des MG du groupe Témoin et 13,33% (N=4) des MG du groupe Intervention déclaraient avoir l'habitude de prescrire de l'AP à leurs patients.
- 2,38% (N=1) des MG du groupe Témoin et 10,00% (N=3) des MG du groupe Intervention déclaraient avoir l'habitude d'utiliser des supports écrits standardisés.
- Enfin, 7,14% (N=3) des MG du groupe Témoin déclaraient avoir l'habitude de conseiller l'usage d'objets connectés, comme 16,67% (N=5) des MG du groupe Intervention. (Figure n°10)

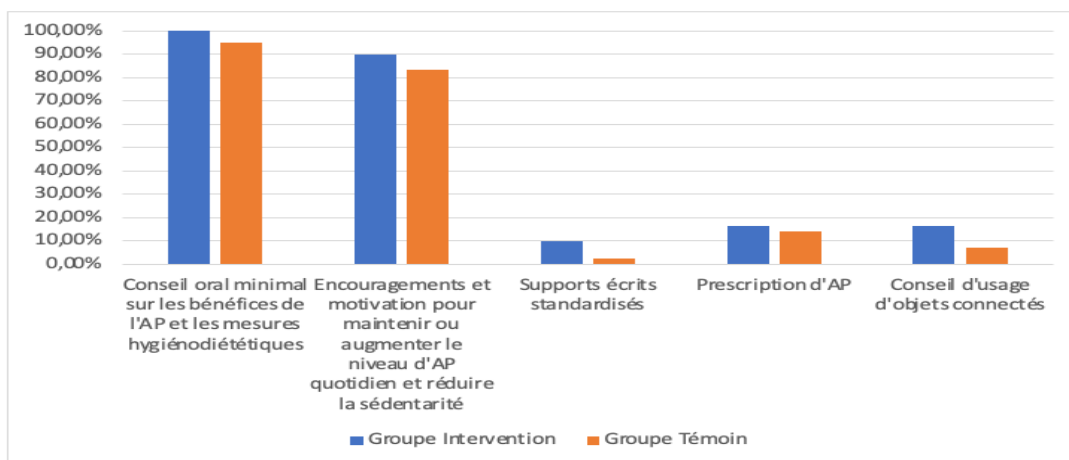


Figure n°10 : Quel(s) outil(s) avez-vous l'habitude d'utiliser afin de promouvoir la pratique d'une AP par vos patients ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

4.2.2.8 Question n°15 : Connaissez-vous certaines ressources spécialisées dans l'encadrement de la pratique de l'AP ?

Il existait une différence statistiquement significative entre les MG des deux groupes concernant la connaissance de ressources spécialisées dans l'encadrement de la pratique d'AP auprès des patients (Test exact de Fischer, $p < 0,05$).

- 33,33% (N=14) des MG du groupe Témoin et 66,67% (N=20) des MG du groupe Intervention déclaraient connaître certaines ressources spécialisées dans l'encadrement de la pratique d'AP.
- A l'inverse, 64,29% (N=27) des MG du groupe Témoin et 26,67% (N=8) des MG du groupe Intervention déclaraient ne pas connaître de structure adaptée.
- 3 réponses à cette question n'étaient pas interprétables car non corrélables à la question. (« ? », « Sport santé », « Pas assez d'offre ») (Figure n°11)

La ressource la plus souvent citée était le réseau EffORMip (11 fois). Les autres ressources connues étaient le réseau Partn'Air, l'Office intercommunal du sport, l'association Riposte, la CAMI sport et cancer, les dispositifs PEPS, ASALEE, Le CREPS du CHU de Toulouse, les services de Médecine du Sport des hôpitaux de Toulouse et Cahors, l'hôpital de jour des fragilités au Gérontopôle, les kinésithérapeutes, les coaches en APA.

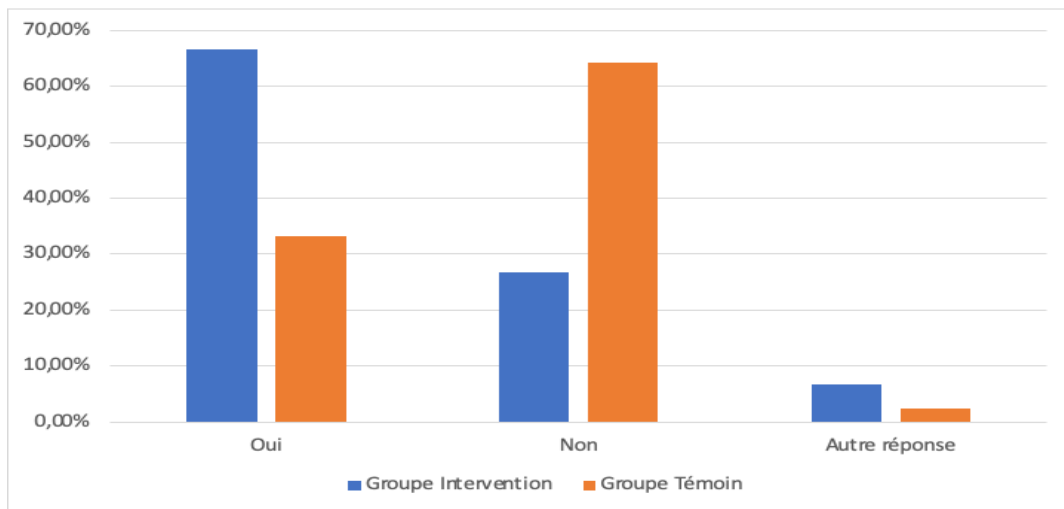


Figure n°11 : Connaissez-vous certaines ressources spécialisées dans l'encadrement de la pratique de l'AP ?

4.2.2.9 Question n°16 : Si oui, vous arrive-t'il d'y adresser certains de vos patients ?

Une majorité de MG connaissant ces structures déclaraient y adresser régulièrement leurs patients sans que ne soit retrouvée de différence statistiquement significative entre les MG des deux groupes (Test exact de Fischer, $p = 0,63$).

- 71,43% (N=10) des 33,33% (N=14) de MG du groupe Témoin déclaraient avoir recours à ces structures et y adresser leurs patients.
- 80,00% (N=16) des 66,67% (N=20) de MG du groupe Intervention ayant déclaré connaître des ressources dans l'encadrement de la pratique d'AP y avaient recours en adressant leurs patients.
- Malgré leur connaissance de ces ressources, 28,57% (N=4) de cette part de MG du groupe Témoin et 20,00% (N=4) de cette part du groupe Intervention déclaraient ne pas avoir recours à leurs services. (Figure n°12)

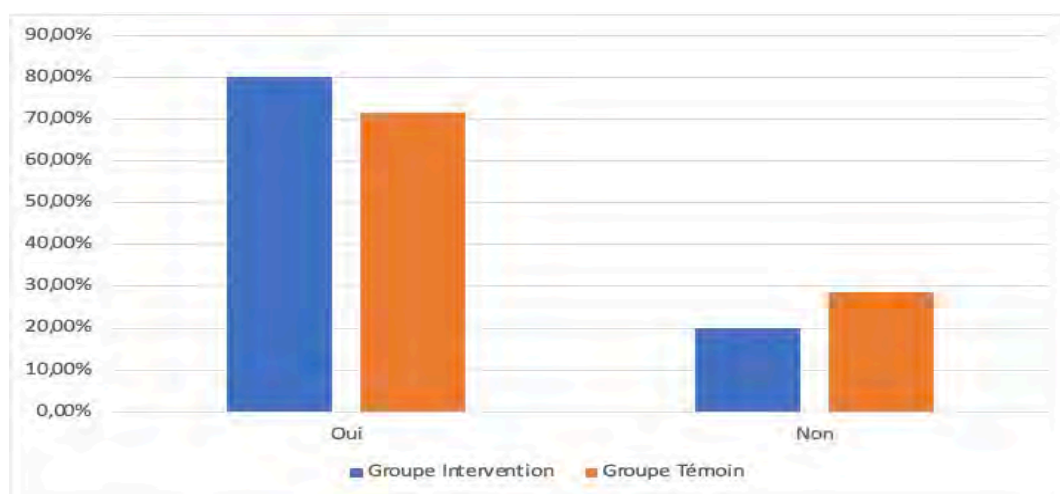


Figure n°12 : Si oui, vous arrive-t'il d'y adresser certains de vos patients ?

4.2.3 Troisième partie : connaissances et usage de la prescription d'AP, retour et attentes de formation

L'ensemble des résultats de la troisième section a été compilé dans le tableau n°3.

	N	Effectifs N (%)		
		Groupe Intervention 30	Groupe Témoin 42	
Connaissez-vous les modalités de prescription d'une AP?	Pas du tout	2 (6,67)	15 (35,71)	$p < 0,05$
	Peu précisément	20 (66,67)	25 (59,62)	
	Assez précisément	7 (23,33)	2 (4,76)	
	Très précisément	1 (3,33)	0 (0,00)	
Vous arrive-t'il de prescrire de l'AP à certains de vos patients?	Jamais	11 (36,67)	29 (69,05)	$p < 0,05$
	Rarement	15 (50,00)	11 (26,19)	
	Assez souvent	4 (13,33)	2 (4,76)	
	Très souvent	0 (0,00)	0 (0,00)	
Pour quelle(s) raison(s) ne prescrivez-vous pas d'AP à vos patients? (Une ou plusieurs réponses possibles)	Méconnaissance du dispositif	17 (56,67)	38 (90,48)	$p = 0,15$
	Formation incomplète	12 (40,00)	21 (50,00)	
	Manque de situations cliniques opportunes	7 (23,33)	4 (9,52)	
	Manque de temps	4 (13,33)	4 (9,52)	
	Refus du patient	5 (16,67)	4 (9,52)	
	Je prescris régulièrement de l'AP à mes patients	3 (10,00)	1 (2,38)	
Si vous avez déjà bénéficié d'une formation sur le sujet, diriez-vous que celle-ci ait impacté votre pratique médicale?	Pas du tout d'accord	3 (10,00)	0 (0,00)	
	Pas d'accord	9 (30,00)	0 (0,00)	
	Assez d'accord	12 (40,00)	0 (0,00)	
	Tout à fait d'accord	2 (6,67)	0 (0,00)	
	Je n'ai jamais reçu de formation sur le sujet	4 (13,33)	42 (100,00)	
Si vous n'en avez jamais bénéficié, diriez-vous qu'en recevoir une pourrait impacter votre pratique médicale?	Pas du tout d'accord	0 (0,00)	1 (2,38)	
	Pas d'accord	1 (3,33)	2 (4,76)	
	Assez d'accord	6 (20,00)	26 (61,90)	
	Tout à fait d'accord	5 (16,67)	13 (30,95)	
	J'ai déjà reçu une formation sur le sujet	18 (60,00)	0 (0,00)	
Globalement, avez-vous constaté que vos interventions en matière d'activité physique aient impacté les habitudes de vos patients?	Jamais	0 (0,00)	0 (0,00)	$p = 0,39$
	Rarement	11 (36,67)	22 (52,38)	
	Assez souvent	18 (60,00)	19 (45,24)	
	Très souvent	1 (3,33)	1 (2,38)	

Tableau n°3 : Résultats de la troisième section du questionnaire

4.2.3.1 Question n°17 : Connaissez-vous les modalités de prescription d'une AP ? (évalué par une échelle de Likert de « Pas du tout » à « Très précisément »)

Il existait une différence statistiquement significative entre les MG des deux groupes concernant la connaissance des modalités de prescription d'une AP (Test exact de Fischer, $p < 0,05$). Les MG du groupe Intervention semblaient mieux connaître ces modalités que leurs homologues, même si la tendance collective était de les connaître de façon superficielle.

- 59,62% (N=25) des MG du groupe Témoin et 66,67% (N=20) des MG du groupe Intervention déclaraient ne connaître que « peu précisément » les modalités de prescription d'une APA.
- 35,71% (N=15) des MG du groupe Témoin et 6,67% (N=2) des MG du groupe Intervention ne les connaissaient « pas du tout ».
- Seulement 4,76% (N=2) des MG du groupe Témoin et 23,33% (N=7) des MG du groupe Intervention déclaraient les connaître « assez précisément ».
- Enfin, Aucun (N=0) des MG du groupe Témoin et 3,33% (N=1) des MG du groupe Intervention déclarait les connaître « très précisément ». (Figure n°13)

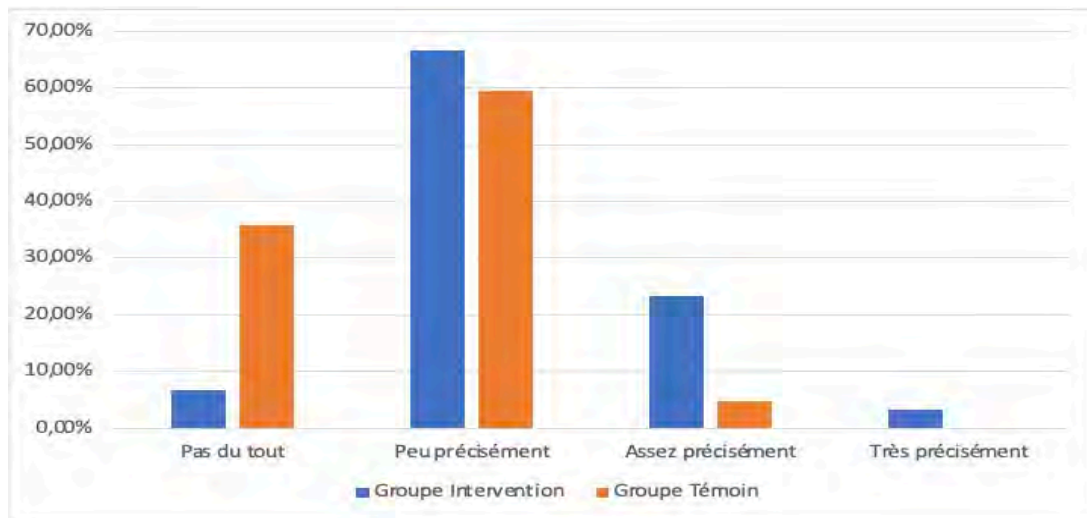


Figure n°13 : Connaissez-vous les modalités de prescription d'une AP ?

4.2.3.2 Question n°18 : Vous arrive-t'il de prescrire de l'AP à certains de vos patients ? (évalué par une échelle de Likert de « Jamais » à « Très souvent »)

Il existait une différence statistiquement significative entre les MG des deux groupes concernant la fréquence de prescription de l'AP. (Test exact de Fischer, $p < 0,05$). Les MG du groupe Intervention semblaient davantage prescrire de l'AP à leurs patients que les MG du groupe Témoin, même si dans les deux groupes la prescription est faible.

- 69,05% (N=29) des MG du groupe Témoin ainsi que 36,67% (N=11) des MG du groupe Intervention déclaraient ne « jamais » prescrire d'AP à leurs patients.
- 26,19% (N=11) des MG du groupe Témoin ainsi que 50,00% (N=15) des MG du groupe Intervention déclaraient ne prescrire que « rarement » de l'AP à leurs patients.
- Seulement 4,76% (N=2) des MG du groupe Témoin ainsi que 13,33% (N=4) des MG du groupe Intervention déclaraient prescrire « assez souvent de l'AP à leurs patients ».
- Enfin, Aucun MG des deux groupes (N=0) ne déclarait prescrire « très souvent » de l'AP à ses patients. (Figure n°14)

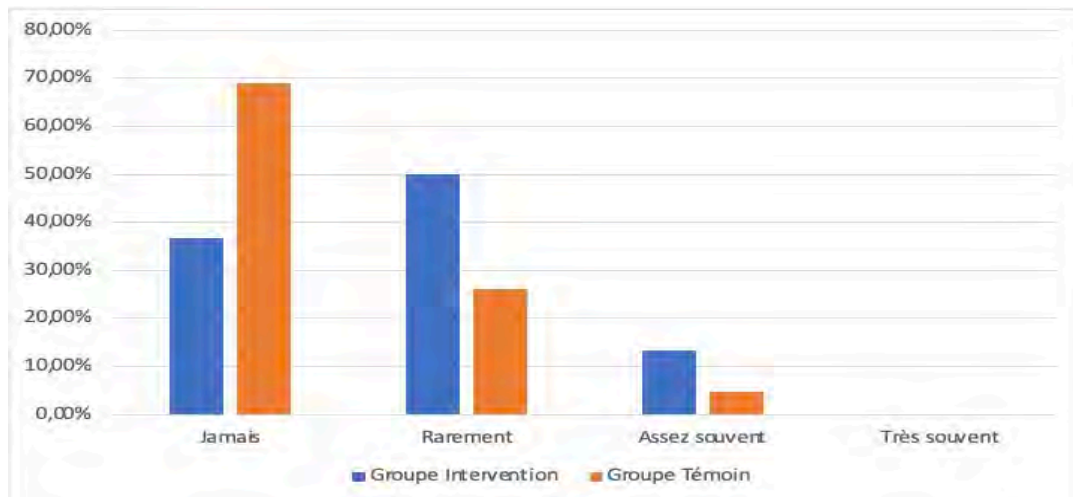


Figure n°14 : Vous arrive-t'il de prescrire de l'AP à certains de vos patients ?

4.2.3.3 Question n°19 : Pour quelle(s) raison(s) ne prescrivez-vous pas d'AP à vos patients ?

La méconnaissance du dispositif était le facteur limitant la prescription d'AP le plus fréquemment cité parmi les MG, devant le sentiment de formation incomplète, le manque de situations opportunes, le manque de temps puis le refus du patient sans que ne soit mise en évidence de différence statistiquement significative entre les deux groupes (Test exact de Fischer, $p = 0,15$).

- 90,48% (N=38) des MG du groupe Témoin et 56,67% (N=17) des MG du groupe Intervention évoquaient comme frein principal la méconnaissance du dispositif de prescription d'AP ou des conditions de prise en charge.
- 50,00% (N=21) des MG du groupe Témoin et 40,00% (N=12) des MG du groupe Intervention évoquaient un sentiment de formation incomplète.
- 9,52% (N=4) des MG du groupe Témoin et 23,33% (N=7) des MG du groupe Intervention déclaraient pouvoir manquer de situations cliniques opportunes.
- 9,52% (N=4) des MG du groupe Témoin et 13,33% (N=4) des MG du groupe Intervention déclaraient pouvoir manquer de temps dédié à la réalisation de cet acte.
- Enfin, le refus du patient pouvait représenter un frein pour 9,52% (N=4) des MG du groupe Témoin et 16,67% (N=5) des MG du groupe Intervention. (Figure n°15)

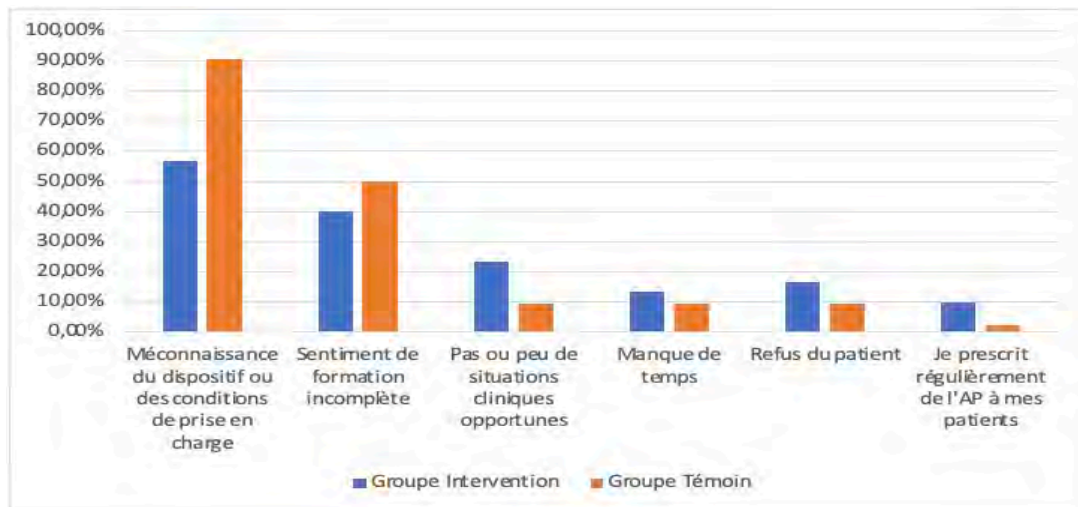


Figure n°15 : Pour quelle(s) raison(s) ne prescrivez-vous pas d'AP à vos patients ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

4.2.3.4 Question n°20 : Si vous avez déjà bénéficié d'une formation sur le sujet, diriez-vous que celle-ci ait impacté votre pratique médicale ? (évalué par une échelle de Likert de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord »)

Les MG du groupe Intervention étaient partagés sur l'impact de la formation reçue sur leur pratique médicale.

- 46,67% (N=12) des MG du groupe Intervention estimaient que la formation reçue avait impacté leur pratique médicale en la matière (40,00% (N=10) « assez d'accord », 6,67% (N=2) « tout à fait d'accord »)
- 30,00% (N=9) « n'étaient pas d'accord » et 10,00% (N=3) « pas du tout d'accord » avec le fait que la formation reçue ait pu impacter leur pratique.
- Enfin, 13,33% (N=4) des MG qui avaient initialement déclaré avoir reçu une formation ont secondairement répondu n'en n'avoir jamais reçu.
- 100% (N=42) des MG du groupe Témoin déclaraient n'avoir pas reçu de formation sur la prescription d'AP. (Figure n°16)

Aucune analyse statistique comparative n'a été réalisée sur cette question car elle était adressée aux MG du groupe Intervention.

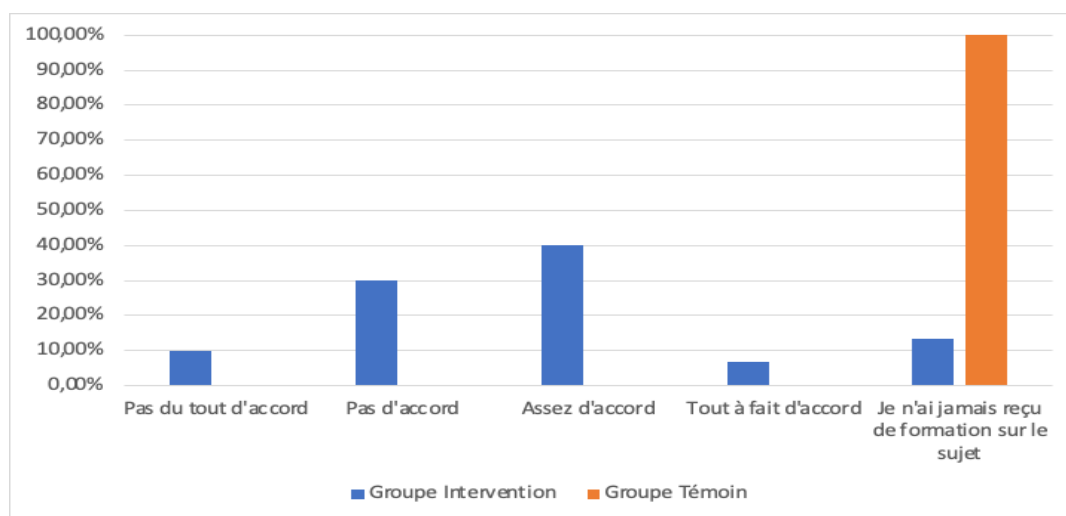


Figure n°16 : Si vous avez déjà bénéficié d'une formation sur le sujet, diriez-vous que celle-ci ait impacté votre pratique médicale ?

4.2.3.5 Question n°21 : Si vous n'en avez jamais bénéficié, diriez-vous qu'en recevoir une pourrait impacter votre pratique médicale ? (évalué par une échelle de Likert de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord »)

La majorité des MG du groupe Témoin pensaient que recevoir une formation sur le sujet pourrait impacter leur pratique professionnelle.

- 61,90% (N=26) se disaient « assez d'accord » et 30,95% (N=13) « tout à fait d'accord » avec l'impact potentiel d'une formation sur leurs pratiques.
- Une minorité pensait l'inverse, 4,46% (N=2) n'étant « pas d'accord » et 2,38% (N=1) « pas du tout d'accord ».
- 60% (N=18) des MG du groupe Intervention avaient reconfirmé avoir déjà reçu une formation sur la question. 20,00% (N=6) des formés étaient « assez d'accord », 16,67% (N=5) « tout à fait d'accord » et 3,33% (N=1) n'était « pas d'accord » avec l'impact d'une formation sur les pratiques. (Figure n°17)

Aucune analyse statistique comparative n'a été réalisée sur cette question car elle était adressée aux MG du groupe Témoin.

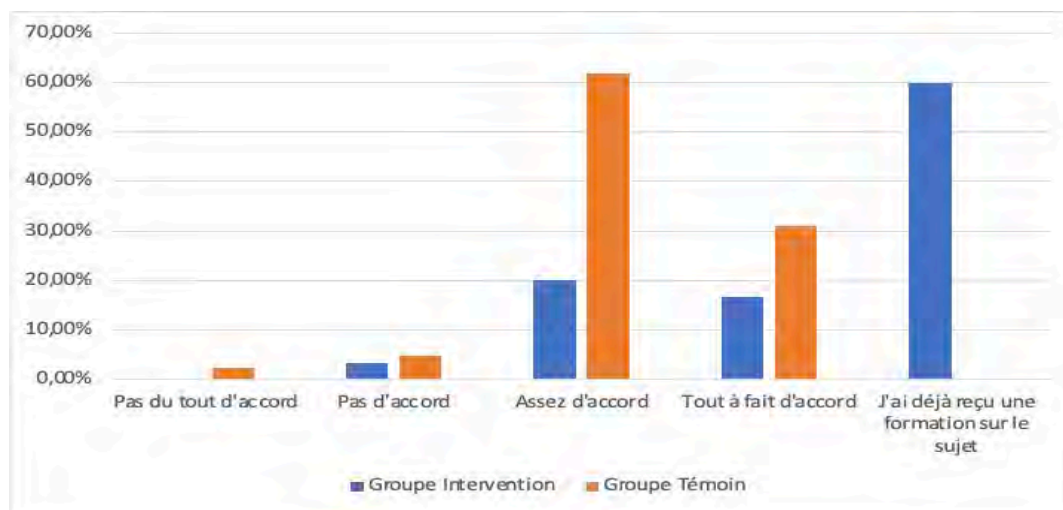


Figure n°17 : Si vous n'en avez jamais bénéficié, diriez-vous qu'en recevoir une pourrait impacter votre pratique médicale ?

4.2.3.6 Question n°22 : Globalement, avez-vous constaté que vos interventions en matière d'activité physique aient impacté les habitudes de vos patients ?

Il n'a pas été retrouvée de différence statistiquement significative entre les MG des deux groupes quant au ressenti sur l'efficacité de leurs interventions en matière d'AP sur les habitudes de pratique de leurs patients (Test exact de Fischer, $p = 0,39$).

- Aucun MG du groupe Intervention (N=0 ou non (N=0) ne déclarait avoir constaté que ses interventions en AP n'aient jamais impacté les habitudes de ses patients.
- 52,38% (N=22) des MG du groupe Témoin et 36,67% (N=11) des MG du groupe Intervention déclaraient « rarement » observer un impact de leurs interventions sur les habitudes des patients.
- 45,24% (N=19) des MG du groupe Témoin et 60,00% (N=18) des MG du groupe Intervention déclaraient l'observer « assez souvent ».
- Seulement 2,38% (N=1) des MG du groupe Témoin et 3,33% (N=1) des MG du groupe Intervention déclaraient observer « très souvent » un impact de leurs interventions en AP sur les habitudes de leurs patients. (Figure n°18)

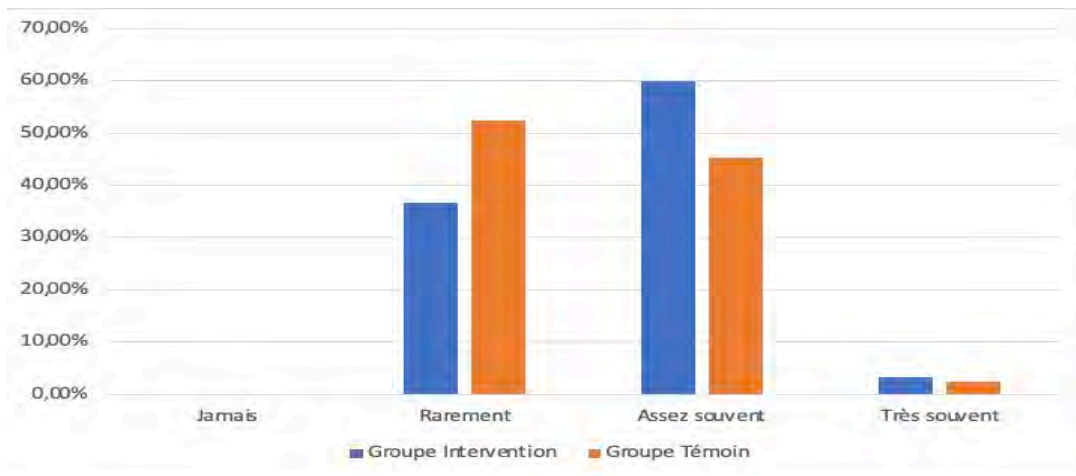


Figure n°18 : Globalement, avez-vous constaté que vos interventions en matière d'activité physique aient impacté les habitudes de vos patients ?

5 DISCUSSION

5.1 PRINCIPAUX RESULTATS

5.1.1 Objectif principal : L'impact d'une formation sur la promotion de l'activité physique en médecine générale.

Cette étude a permis de révéler certaines convergences et disparités entre les MG formés et les non formés à la prescription d'AP.

5.1.1.1 *Des pratiques homogènes en promotion de l'AP*

Dans cette étude, aucune différence significative n'a été mise en évidence à propos des pratiques des MG en termes de promotion d'AP, que les médecins aient été ou non formés à la prescription d'AP.

L'AP semblait être une thématique à l'esprit des MG, que la plupart abordaient régulièrement et dans des contextes de consultation variés.

De plus, recevoir une formation ne semblait pas influencer sur les éléments d'anamnèse recherchés.

Les MG cherchaient en priorité à déterminer les habitudes de pratique des patients en questionnant sur le type d'activité pratiquée ainsi que sa quantité.

Ils accordaient également de l'importance à évaluer la motivation de leurs patients ainsi qu'à la recherche des antécédents et la détermination de leur niveau de risque cardiovasculaire.

En revanche, ils semblaient moins sensibles aux autres risques liés à la pratique d'AP, aux conditions sociales de pratique ainsi qu'au retentissement psychologique engendré.

Le mode préférentiel employé par les MG était le conseil oral accompagné d'un renfort motivationnel et d'encouragements. D'autres moyens comme la prescription d'AP, l'usage de supports standardisés ou le conseil d'objets connectés semblaient beaucoup moins utilisés par les MG indépendamment de leur statut de formation.

5.1.1.2 Des MG formés plus à l'aise avec le concept

En dépit d'habitudes de pratique globalement homogènes entre les MG, il apparaissait que les MG du groupe Intervention à la prescription d'AP se disaient davantage à l'aise que les autres avec la notion de promotion d'AP.

Le frein à la promotion d'AP le plus évoqué des médecins était le manque de temps. Bien que moins cité, le sentiment de formation incomplète constituait tout de même un frein significatif chez les médecins du groupe Témoin. Ces derniers se sentaient moins à l'aise avec les risques encourus par leurs patients les plus fragiles à la pratique d'AP que les MG du groupe Intervention.

De plus, les MG du groupe Intervention semblaient avoir une meilleure connaissance des ressources existantes à leur disposition afin d'adresser leurs patients, citant certains réseaux, associations, services hospitaliers ou initiatives locales.

Sans distinction de statut de formation, les MG qui connaissaient l'existence de ces ressources semblaient y avoir recours en y adressant leurs patients.

5.1.1.3 Un ressenti indifférencié sur l'efficacité de leurs interventions

Aucune différence n'a été mise en évidence quand on interrogeait les médecins sur l'efficacité ressentie de leurs interventions en promotion de l'AP.

Aucun d'entre eux ne déclarait constater que ses interventions n'aient jamais impacté les habitudes des patients. En revanche, peu d'entre eux constataient très souvent un impact de leurs actions.

5.1.2 Objectifs secondaires

5.1.2.1 *Connaissance et usage de la prescription d'AP*

Même si la connaissance du concept de prescription d'AP semblait inexistante voire approximative pour une majorité des participants, ceux du groupe Intervention déclaraient significativement mieux en connaître les modalités.

L'outil n'était pas ou peu utilisé de l'ensemble des MG, même s'il apparaissait tout de même que ceux ayant été formés tendaient à l'utiliser davantage que les autres.

Quand on les questionnait sur les freins à l'utilisation de l'outil, les MG citaient principalement la méconnaissance du dispositif ainsi que le sentiment de formation incomplète, et ce sans distinction de statut de formation, y compris chez les MG ayant été formés sur le sujet.

5.1.2.2 *Retour et attentes de la formation*

Les MG du groupe Intervention n'étaient pas tous convaincus de l'apport de la formation reçus alors que la tendance collective semblait être qu'il serait utile d'en recevoir une.

Quand on les interrogeait sur l'influence de la formation reçue sur leurs pratiques, leur ressenti n'était pas unanime et semblait mitigé. En effet, 30% d'entre eux ne sont « pas d'accord » avec le fait que la formation ait impacté leur pratique quand 40% est « assez d'accord ».

Très peu de MG du groupe Intervention étaient finalement « tout à fait d'accord » avec le fait que cette formation ait impacté leur pratique.

En parallèle, plus de 90% des MG du groupe Témoin semblaient penser que recevoir une formation sur le sujet pourrait agrémente leur pratique. Cette tendance était accompagnée par certains MG du groupe Intervention dont plus de 35% appuyaient l'impact potentiel de recevoir une formation même si la question ne leur était pas directement adressée. Cette tendance pouvait laisser supposer que certains médecins formés pensaient que la formation reçue n'était pas suffisante et qu'elle pourrait encore être améliorée.

A noter que dans la question n°20, 4 MG ayant initialement déclaré avoir reçu une formation avaient secondairement répondu ne pas en avoir reçu.

De plus, dans la question n°21, 12 MG formés s'exprimaient sur l'intérêt attendu de recevoir une formation alors que cette question visait à recueillir les avis des MG non formés.

Un manque de clarté dans l'énoncé des questions associé à une mauvaise compréhension de celle-ci pourraient être des facteurs à l'origine de cette discordance et d'une possible confusion au moment de répondre.

Il a été choisi de ne pas exclure des résultats les formulaires de réponse des MG ayant répondu de façon discordante ni les questions correspondantes, car ces dernières ne concernaient qu'une partie de la population étudiée, et elles n'étaient pas sujettes à analyse statistique, leurs résultats permettant d'émettre une tendance. De plus, la question numéro 5 portait exclusivement sur le fait d'avoir reçu ou non une formation et ne semblait pas pouvoir prêter à confusion au moment de répondre. Elle a été choisie comme référence à déterminer le statut de chaque participant.

5.2 VALIDITE DE L'ETUDE

5.2.1 Force de l'étude

Cette étude s'intéressait aux pratiques des MG, acteurs stratégiques de la promotion de l'AP qui constitue une thématique d'importance croissante depuis le début des années 2000.

Peu d'études récentes étaient retrouvées dans la littérature au sujet de l'impact de se former, avec des conclusions variables.

En 2018, B. Rucar évaluait les ressentis et freins de MG à la prescription d'AP après formation présentielle et en ligne (MOOC). Ils considéraient la formation indispensable, se sentaient concernés et aptes à la prescription mais peu prescrivait l'AP même s'ils étaient convaincus par ses bénéfices (30). Les résultats de notre étude semblaient aller dans le sens de ceux de cette étude.

Notre étude montrait que recevoir une formation augmentait significativement le niveau de prescription d'AP. Dans sa thèse de 2020, E. Carimalo montrait également une augmentation significative du nombre de MG ayant rédigé une prescription d'APA à 6 mois de leur participation à un séminaire d'une journée formation (31).

Un an plus tard, L. Scheer cherchait à analyser les pratiques de MG Alsaciens en prescription d'APA avant et après leur participation à une formation dispensée par un réseau Sport-Santé. Les MG qu'elle interrogeait étaient convaincus de l'apport de l'APA ainsi que de leur propre rôle préventif. Comme dans notre étude, La formation reçue permettait aux MG d'être plus à l'aise avec la prescription d'APA mais ils ne semblaient pas plus utiliser le dispositif (32).

Le récent travail de N. Burlett (2022) visait à évaluer les ressentis et freins de certains MG des Deux-Sèvres à la prescription d'AP avant et après avoir visionné une vidéo de formation. Même si elle ne retrouvait pas de modification significative entre l'avant et l'après formation, la tendance était également que les MG se sentaient plus aptes à la prescription après avoir visionné la vidéo (33).

5.2.2 Limites de l'étude

5.2.2.1 *Validité externe*

Par le faible nombre de participants et la prédominance féminine dans l'échantillon de MG interrogés, notre population ne semblait pas généralisable aux caractéristiques démographiques des MG français telles que décrites en 2009 par l'INPES dans le Baromètre Santé des Médecins généralistes, bien que ces données soient anciennes et que la profession se féminise régulièrement (34).

5.2.2.2 *Validité interne*

La validité interne de l'étude semblait pertinente sur plusieurs facteurs. En effet, la répartition des effectifs semblait globalement homogène selon les caractéristiques étudiées (*Figure n°3*).

5.2.2.3 *Biais de recrutement*

Tous les médecins sollicités n'ont pas répondu à notre sollicitation. On peut supposer que seuls les MG les plus motivés ont répondu à cette enquête, pouvant constituer un biais de recrutement.

5.2.2.4 *Biais de confusion*

Il semblait que les MG du groupe Intervention la pratiquent davantage que les autres. Ce paramètre pourrait constituer un biais de confusion d'autant qu'il semble que la pratique personnelle d'AP des MG puisse influencer leur pratique médicale en la matière (35).

5.2.2.5 *Biais de mémorisation*

On peut se questionner sur l'existence d'un biais de mémorisation devant les réponses de certains MG formés à la question n°21 qui s'exprimaient sur l'intérêt que pourrait apporter une formation alors qu'ils avaient auparavant déclaré en avoir déjà bénéficié.

Il est possible qu'ils aient voulu exprimer leur volonté de renforcer davantage leurs compétences. On peut aussi se questionner de leur réel statut de formation, tenant compte d'une possible discordance avec les réponses fournies à la question n°5 portant exclusivement sur le statut de formation.

5.3 PERSPECTIVES

Les résultats de cette étude ainsi que la littérature laissent suggérer certaines perspectives afin de pérenniser la place de l'AP et de sa prescription en médecine générale.

5.3.1 Renforcer la formation à tous les échelons

La littérature consultée montre une forte demande de formation de la part des MG, ce qui semble une tendance également retrouvée dans notre étude.

Cette formation pourrait débiter dès la formation initiale, ce qu'illustre le travail de V. Bonnet et M. Ristovski. Elles mettaient en évidence une forte demande de formation des internes en MG en la matière. Parmi plus de 300 interrogés, 91% des internes se disaient intéressés pour suivre une formation, et 92% des internes étaient favorables à l'intégration d'une formation initiale dans leur cursus. (36)

Néanmoins, dans sa thèse, M. Schwitzer montrait qu'en dépit de l'acquisition de compétences par un échantillon d'internes après le suivi d'un séminaire, celles-ci n'avaient pas tendance à perdurer dans le temps (37).

Poursuivre la dispensation de formations DPC auprès des MG une fois en exercice ainsi que renforcer d'autres actions de formations, comme des auto-formations (MOOC), des rencontres avec les différents réseaux Sport-Santé semblent par conséquent des actions indispensables tant dans le cadre de la formation continue que du maintien des compétences.

Dans notre étude, on peut se questionner sur le format du DPC reçu par notre échantillon. Celui-ci pourrait sembler inadapté en rapportant le nombre d'objectifs pédagogiques au temps de formation dédié. On peut supposer qu'un temps de formation allongé, par exemple par séminaires plus longs pourraient permettre une meilleure acquisition des connaissances. Une durée plus longue pourrait également permettre d'intégrer des séquences consacrées aux techniques de communication afin d'améliorer l'efficacité des actes de prescription.

5.3.2 Encourager et accompagner les médecins dans leur prescription d'AP

Notre étude ainsi que la littérature semblent confirmer que les MG français se sentent concernés par l'enjeu de la promotion de l'AP. La prescription écrite d'AP n'est pas encore un outil suffisamment connu ni utilisé vis à vis du conseil oral. (32)(38)(39)

La prescription d'AP semble pourtant être un outil efficace pour augmenter le niveau de pratique d'AP de certains patients. Ceci est illustré par le travail de P. Robert, qui comparait les niveaux de pratiques de patients porteurs de facteurs de risque CV avant et après prescription d'AP, et une augmentation significative à 3 mois des niveaux de pratiques des patients initialement considérés comme sédentaires ou modérément actifs. (40)

Pour aller plus loin, il apparaît même que la prescription écrite puisse avoir plus d'impact que le conseil oral. En comparant deux groupes de patients, S. Koncewicz montrait que ceux qui

ayant reçu une prescription écrite d'AP avaient augmenté leur pratique d'AP de presque 30% six semaines plus tard contre seulement 6% chez les patients ayant reçu un conseil oral. (41)

Les MG évoquent des freins à l'usage de la prescription d'AP, comme le manque de connaissances sur les bienfaits de l'AP ou les recommandations sur les modalités de prescription de l'AP, les craintes au sujet de la pratique de certains patients, l'absence de ressources pluriprofessionnelles, le coût pour les patients (24). Ceux-ci semblent demandeurs de ressources afin de les accompagner, comme la mise à disposition de supports standardisés, des fiches synthèse ou des guides de recommandations, une meilleure connaissance et collaboration avec les réseaux d'APA, ou des ressources numériques d'aide à la prescription de l'AP. (42)(43).

Il semble donc tout aussi important de les accompagner dans leurs prescriptions d'AP que de les former.

Cet accompagnement pourrait être matérialisé par la communication de ressources dont certaines sont déjà existantes. Ceci souligne l'intérêt de renforcer la communication autour de ses ressources et ce dès la formation des professionnels. Le « Médicosport Santé » du CNOSF (44), la page web « APAClic » (45) ou bien les sites des réseaux comme « efFORMip » (29) sont des exemples de ressources disponibles pour tous les MG qui chercheraient un soutien dans leur prescription d'AP.

6 CONCLUSION

En 2022, les bénéfices de l'activité physique comme les effets négatifs de la sédentarité sont désormais largement reconnus. Tenter de rendre la population générale plus active est devenu un enjeu central de nombreuses initiatives publiques et sanitaires, nécessitant une implication collective à différents niveaux. Parallèlement, il est désormais possible pour les médecins de prescrire une activité physique adaptée à leurs patients porteurs d'affections de longue durée.

Dans ce contexte, les médecins généralistes semblent avoir un rôle de choix tant par leurs connaissances que leur lien de confiance avec les patients. Leurs interventions, orales ou écrites semblent efficaces et se traduisent par l'augmentation des niveaux de pratique de leurs patients.

Pourtant, les médecins ne se disent pas suffisamment formés : la formation initiale semble condensée au cours des 2^e et 3^e cycles des études médicales, et la formation continue semble résumée à des formations suivies au gré des préférences des praticiens.

Des formations continues étant régulièrement dispensées dans le cadre du Développement Professionnel Continu, il semblait licite de se questionner sur l'impact de celles-ci sur les pratiques des médecins généralistes.

Cette étude visait à comparer les pratiques médicales de médecins généralistes formés vis-à-vis d'une population témoin. Elle a montré une augmentation de la fréquence de prescription de l'activité physique par les MG formés et de la confiance en eux de réussir dans la pratique de promotion, même si les circonstances d'abord et les éléments d'anamnèse recherchés n'ont pas différé entre les médecins. La prescription d'activité physique semble globalement être un outil approximativement connu et peu utilisé même s'il l'est significativement plus par les médecins formés.

Renforcer et optimiser la formation des professionnels dès leur cursus initial ainsi que lever certains freins en les accompagnant dans leurs prescriptions semblent constituer deux perspectives incontournables dans l'optique de consolider les pratiques médicales.

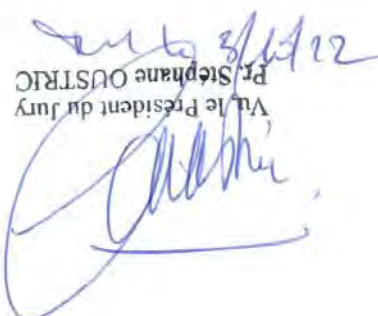
Toulouse, le 31/10/2022

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



Vu le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRICO



7 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Constitution. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>. Consulté 12 juin 2022.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Activité physique. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>. Consulté le 15 mai 2022.
3. Haute Autorité de Santé. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. Paris : HAS ; 2019.
4. Ministère des Solidarités et de la Santé. Activité physique et santé. 2022. [En ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante?TSPD_101_R0=087dc22938ab20002a31d8f5761152c4292948796fcd1b258fd8a721ae3d4a810658a22de2e588e10851035093143000971681ec48712d1f60b4c5f7368f747df431cf9cc4ef4bd1849a95b6c7e4bd6b7dcfd676d0c2e822c08e18a755e0ff76. Consulté le 26 mai 2022.
5. République Française. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. 2016-1990 déc 30, 2016.
6. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Activité physique : Contextes et effets sur la santé - Expertise collective. Paris : INSERM ; 2008.
7. Grosclaude M, Ziltener JL. Les bienfaits de l'activité physique (et/ou les méfaits de la sédentarité). Revue Medicale Suisse. 2010. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-258/les-bienfaits-de-l-activite-physique-et-ou-les-mefaits-de-la-sedentarite>. Consulté le 26 mai 2022.
8. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet Lond Engl. 2012 ;380(9838) : 219-29. [En ligne]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22818936/>. Consulté le 29 mai 2022.
9. Arem H, Moore SC, Patel A, Hartge P, Berrington de Gonzalez A, Visvanathan K, et al. Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. JAMA Intern Med. 2015 ;175(6) : 959-67. [En ligne]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25844730/>. Consulté le 14 juin 2022.
10. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques, synthèse des recommandations - Expertise collective. Paris : INSERM ; 2019.

11. Santé Publique France. Synthèse pour les professionnels des recommandations de l'ANSES de février 2016 sur l'activité physique et la sédentarité. Actualisation des repères du PNNS. 2017, mise à jour 2019. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/synthese-pour-les-professionnels-des-recommandations-de-l-anses-de-fevrier-2016-sur-l-activite-physique-et-la-sedentarite.-actualisation-des-repere>. Consulté le 12 juin 2022.
12. Booth FW, Roberts CK, Laye MJ. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Compr Physiol.* 2012 ; 2(2):1143. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4241367/>. Consulté le 14 juin 2022.
13. Pedersen BK. The diseasome of physical inactivity--and the role of myokines in muscle--fat cross talk. *J Physiol.* 2009. 587(Pt 23). [En ligne]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19752112/>. Consulté le 12 juillet 2022.
14. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. Toussaint JF. Plan National de Prévention par l'Activité Physique ou Sportive. Retrouver sa liberté de mouvement. Paris ; 2008.
15. Ministère chargé des Solidarités et de la Santé, ministère des Sports. Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024. Paris ; 2019.
16. Organisation Mondiale de la Santé. Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 - More active people for a healthier world. Genève : OMS ; 2019.
17. Organisation Mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'œil Genève : OMS ; 2020.
18. Santé Publique France. Les résultats de l'étude Esteban. Mis à jour 2021. [En ligne]. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/esteban/les-resultats-de-l-etude-esteban>. Consulté le 15 mai 2022.
19. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJF, Martin BW, et al. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet Lond Engl.* 2012 ; 380(9838):258-71. [En ligne]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22818938/>. Consulté le 12 juin 2022.
20. Ministère chargé des Solidarités et de la Santé. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022. Paris ; 2017.
21. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Paris : HAS ; 2011.
22. Bazex J, Pène P, Rivière D. Les activités physiques et sportives — la santé — la société. *Bull Académie Natl Médecine.* 2012 ; 196(7):1429-42. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/tap-p.1429-1442.pdf>. Consulté le 13 juillet 2022.

23. République Française. Article 144 - Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
24. Haute Autorité de Santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Paris : HAS ; 2022.
25. République Française. Loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France. 2022-996 ; Mars 2022.
26. Rivière D. Le concept de prescription de l'activité physique. Bull Académie Natl Médecine. 2017 ; 201, n° 4-5-6, 869-878, séance du 20 juin 2017. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2018/05/869-878.pdf>. Consulté le 13 mai 2022.
27. Charles M, Larras B, Bigot J, Praznocy C. L'activité physique sur prescription en France : Etat des lieux en 2019 – Dynamiques innovantes et essor du sport sur ordonnance. Paris ; ONAPS, 2019.
28. Dupays S, Bourdais F, Abdelkrim K, De Vincenzi JP. Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé. IGAS ; IGJS ; Paris, Mars 2018.
29. effORMip. Formation effORMip [En ligne]. Disponible sur : <https://efformip.com/service/formation-efformip/>. Consulté le 13 août 2022.
30. Rucar B. Sport santé sur ordonnance : analyse des ressentis et des freins concernant la prescription d'activités physiques adaptées pour les patients en ALD chez des médecins généralistes ayant réalisés une formation à cette prescription. Thèse de médecine. Université de Lille ; 2018, 149p. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.irbms.com/download/documents/benjamin-rucar-these-prescription-activite-physique-sur-ordonnance-2018-V2.pdf>. Consulté le 17 août 2022.
31. Carimalo E. Impact de la participation des médecins généralistes à un groupe qualité au sujet de la prescription de l'activité physique adaptée : étude avant/après. Thèse de médecine. Université de Rennes 1 ; 2020, 60p. [En ligne] Disponible sur : <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/ff22c7e9-1b81-4582-9e1f-af89504f29d1>. Consulté le 8 septembre 2022.
32. Scheer L. Analyse des pratiques des médecins généralistes du territoire centre Alsace concernant la prescription d'activité physique adaptée (APA) avant et après leur participation à la formation initiale dédiée à l'APA organisée par la Maison sport santé nature du réseau cardio-prévention obésité Alsace (RCPO). Thèse de médecine. Université de Strasbourg ; 2021, 135p. [En ligne]. Disponible sur : https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2021/2021_SCHEER_Laurane.pdf. Consulté le 18 mai 2022.

33. Burlett N. Évolution des ressentis et des freins à la prescription d'activité physique adaptée aux patients en affection de longue durée, chez des médecins généralistes des Deux Sèvres ayant suivi une vidéo de formation. Thèse de médecine. Université de Poitiers ; 2022, 79p. [En ligne]. Disponible sur : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/c3f9b068-c6f8-493a-95a3-7378e9d9fb46>. Consulté le 18 mai 2022.
34. Gautier A. Baromètre Santé Médecins Généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p.
35. Anger F. Enquête sur le niveau d'activité physique des médecins généralistes de Normandie occidentale et son influence sur la promotion d'activité physique auprès des patients. Thèse de médecine. Université de Caen Normandie ; 2019, 88p. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=240208315>. Consulté le 03 août 2022.
36. Bonnet V, Ristovski M. Le médecin généraliste et l'activité physique adaptée (APA) : de la formation initiale à la prescription en cabinet. Thèse de médecine. Université de Lorraine ; 2020, 101p. [En ligne]. Disponible sur : https://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2020_BONNET_VALANTINE_RISTOVSKI_MARIANNE.pdf. Consulté le 18 mai 2022.
37. Schwitzer M. Prescription de l'activité physique et formation initiale des médecins généralistes. Thèse de médecine. Université de Lorraine ; 2018, 68p. [En ligne.] Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2018_SCHWITZER_MATHIAS.pdf. Consulté le 3 août 2022.
38. Huray É. Évaluation de la lutte contre la sédentarité en médecine générale : étude descriptive transversale des pratiques des médecins généralistes de la Seine-Maritime et de l'Eure. Thèse de médecine. Université de Rouen Normandie ; 2019, 85p. [En ligne]. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03043593/document>. Consulté le 3 août 2022.
39. Ryckembusch A. La prescription d'activité physique adaptée pour les patients en Affection Longue Durée : qu'en pensent les médecins généralistes ? Thèse de médecine. Université d'Angers ; 2018, 52p. [En ligne]. Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20070079/2018MCEM9772/fichier/9772F.pdf>. Consulté le 5 août 2022.
40. Robert P. Évaluation de l'effet d'une prescription écrite sur le niveau d'activité physique à 3 mois d'une population présentant des facteurs de risque cardio-vasculaire en médecine générale. Étude réalisée de janvier à octobre 2017. Thèse de médecine. Université de Bordeaux ; 2018, 89p. [En ligne]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02526123>. Consulté le 7 août 2022.

41. Koncewicz S. Évaluation de l'impact d'une prescription écrite d'activité physique associée à un conseil oral versus conseil oral seul dans la promotion de l'activité physique. Thèse de médecine. Université Clermont Auvergne ; 2017, 28p. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=23633333X>. Consulté le 18/08/2022.
42. Dubois L. Facteurs limitant la prescription du « sport sur ordonnance » de Caen et pistes d'amélioration : étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes. Thèse de médecine. Université de Caen Normandie ; 2019, 117p. [En ligne]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02472839/document>. Consulté le 18 août 2022.
43. Édouard AL. La promotion de l'activité physique dans le bassin martégal. Thèse de médecine. Université Aix-Marseille ; 2019, 33p. [En ligne]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02512142>. Consulté le 20 août 2022.
44. Comité National Olympique et Sportif Français. Médicosport-santé. Le dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives. Edition 2020.
45. APAcllic. [En ligne]. Disponible sur : <https://apaclic.fr/>. consulté le 25 août 2022.

8 ANNEXES

8.1 ANNEXE N°1 : NIVEAUX DE PREUVE DES EFFETS BENEFIQUES DE L'AP POUR LES DIFFERENTES PATHOLOGIES SELON L'INSERM (10)

Niveaux de preuve des effets bénéfiques de l'activité physique pour les différentes pathologies

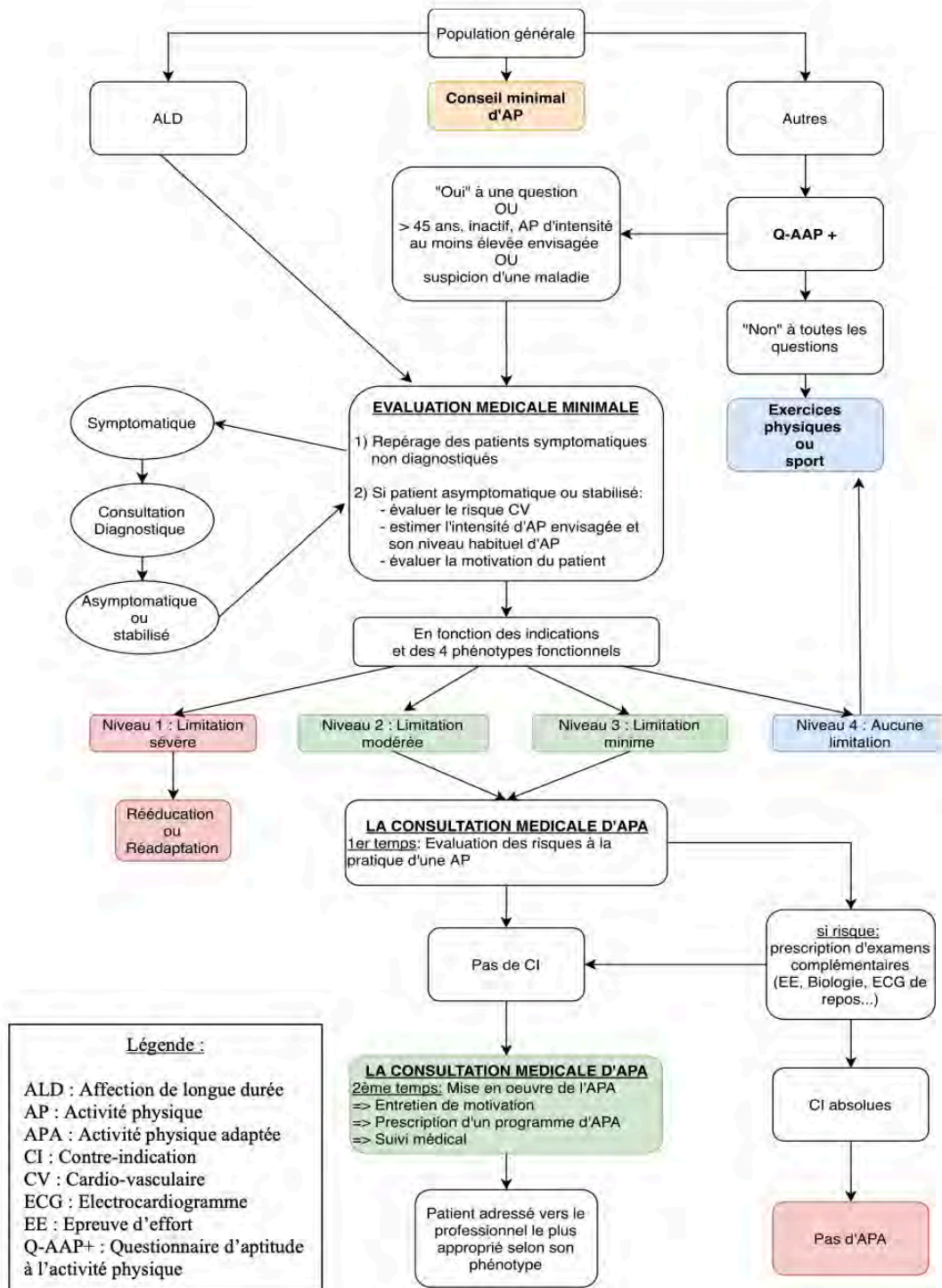
Pathologies	Niveau de preuve des effets bénéfiques de l'activité physique
Pathologies métaboliques	
Diabète de type 2	A ↓ mortalité toutes causes, ↓ mortalité cardiovasculaire contrôle de l'équilibre glycémique (hémoglobine glyquée et sensibilité à l'insuline)
	B ↑ capacité aérobie, ↑ force musculaire contrôle du poids absence d'apparition ou d'aggravation des complications
Diabète de type 1*	A ↑ aptitude physique aérobie, amélioration du profil lipidique, ↓ de l'insulino-résistance, ↓ des besoins en insuline
	B ↓ mortalité cardiovasculaire amélioration de la fonction endothéliale, amélioration de la composition corporelle, amélioration de la qualité de vie
	B/C ↓ risque de complications microvasculaires, ↓ hémoglobine glyquée
Obésité	A ↓ masse grasse viscérale suite à un programme aérobie maintien du poids après perte initiale
	B ↓ mortalité toutes causes ↓ poids ↓ tour de taille
Pathologies cardiovasculaires	
Pathologies coronaires	A ↓ mortalité globale et cardiovasculaire et réhospitalisations ↑ qualité de vie ↑ $\dot{V}O_2$ max, ↑ force musculaire, ↓ pression artérielle, amélioration de la fréquence cardiaque de récupération et des marqueurs biologiques
	B ↑ qualité du sommeil, ↓ symptômes anxio-dépressifs
Insuffisance cardiaque chronique	A ↑ qualité de vie, ↑ $\dot{V}O_2$ max et amélioration des marqueurs biologiques
	B ↓ mortalité et réhospitalisations

Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	A	↓ mortalité globale et cardiovasculaire ↑ distance de marche, ↑ qualité de vie, ↑ $\dot{V}O_2$ max
	C	↓ facteurs de risque cardiovasculaires et symptômes anxio-dépressifs
Accident vasculaire cérébral	A	↑ $\dot{V}O_2$ max et capacité fonctionnelle (distance de marche)
	B	↑ qualité de vie et ↑ des fonctions cognitives
	C	↓ facteurs de risque cardiovasculaires et ↓ récurrences d'AVC
Pathologies pulmonaires		
Bronchopneumopathie chronique obstructive	A	Effets obtenus par le réentraînement à l'effort dans le cadre de la réadaptation respiratoire : ↑ tolérance à l'effort générale (endurance, force) ; ↑ force et endurance des membres supérieurs ; ↓ dyspnée, ↑ état de santé ; ↑ qualité de vie ↓ nombre hospitalisations et de leurs durées récupération plus rapide après une exacerbation ↓ anxiété et dépression associées à la BPCO
	B	↑ survie
Asthme	A	↑ aptitude physique aérobie ($\dot{V}O_2$ max) et endurance ↑ capacité d'exercice (Puissance maximale) ↑ qualité de vie ↓ symptômes (nombre de jours sans symptômes)
	B	↓ risque de bronchospasme post-exercice ↓ hyperréactivité bronchique ↑ du VEMS
	C	↓ état inflammatoire des voies aériennes
Pathologies ostéo-articulaires		
Cervicalgie chronique	B	↓ douleur, ↑ fonction
Lombalgie chronique	A	↓ douleur, ↑ fonction
	B	↓ récurrence, ↑ reprise des activités professionnelles
Arthrose des membres inférieurs	A	↓ douleur, ↑ fonction
Rhumatismes inflammatoires	A	↓ douleur et ↑ fonction pour la polyarthrite rhumatoïde (PR) et la spondylarthrite ankylosante (SPA) Absence d'effets délétères (PR et SPA)
	B	↑ qualité de vie (PR)

Cancers	<p>A ↑ capacité aérobie ($\dot{V}O_2\text{max}$) pendant ou après traitement ↑ force musculaire, ↓ poids, IMC et masse grasse, ↓ fatigue pendant et après les traitements, ↑ qualité de vie</p> <p>B ↓ risque de récurrence, mortalité globale et spécifique après cancer du sein et du côlon</p> <p>B/C ↓ durée d'hospitalisation et complications post-opératoires chez les patients atteints de cancer broncho-pulmonaire avec activité physique en pré-opératoire ; ↑ capacités fonctionnelles en situation métastatique</p> <p>C ↓ risque de récurrence, mortalité globale et spécifique après cancer de la prostate, ↓ certaines douleurs liées aux cancers et aux traitements, ↓ neuropathie chimio-induite, ↓ toxicité cardiovasculaire</p>
Pathologies mentales	
Dépression	<p>A ↓ des symptômes dépressifs ↓ symptomatologie anxio-dépressive consécutive à une autre maladie chronique</p> <p>B ↓ rechutes ou des épisodes dépressifs ↓ tabagisme</p> <p>C ↓ suicides associés à une dépression ↑ survie</p>
Schizophrénie *	<p>B Améliorations des symptômes dépressifs, ↑ qualité de vie, ↑ condition physique, ↓ obésité ou IMC</p> <p>C Amélioration des symptômes positifs de la schizophrénie Réduction des symptômes négatifs de la schizophrénie ↓ tabagisme ↑ survie</p>

Les niveaux de preuve sont ceux retrouvés dans la littérature, issus des classifications des différentes sociétés savantes ou évalués par les experts selon les recommandations de la HAS ; Cotation des niveaux de preuve selon les recommandations de l'HAS : A : Preuve scientifique établie ; B : Présomption scientifique ; C : Faible niveau de preuve scientifique ;

8.2 ANNEXE N°2 : ARBRE DECISIONNEL DE LA PRESCRIPTION D'APA



8.3 ANNEXE N°3 : QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX MEDECINS GENERALISTES

Thèse pour Doctorat en Médecine générale: Quel impact d'une formation sur la prescription d'activité physique sur sa promotion en médecine générale?

La sédentarité est aujourd'hui considérée comme le quatrième facteur de risque de mortalité au niveau mondial, constituant un facteur majeur d'incidence et de complications des pathologies chroniques.

Privilégiant cette sédentarité, notre mode de vie actuel constitue le berceau du développement de ces pathologies chroniques, cardiovasculaires, métaboliques, psychologiques.

Pourtant, il est désormais admis que la pratique régulière d'une activité physique (AP) contribue à la réduction des facteurs de risque de ces pathologies puis de leurs complications. Cela confère aux médecins généralistes un rôle prépondérant dans la promotion de l'AP auprès de leurs patients.

Chère consoeur, cher confrère, dans le cadre de mon travail de thèse, je sollicite un peu de votre temps afin de recueillir votre expérience professionnelle en terme de promotion de l'AP.

Ce questionnaire, anonyme, tend à préciser vos habitudes professionnelles en la matière, et est de réalisation rapide en moins de cinq minutes. Il s'adresse aux médecins généralistes installés ou remplaçants.

Je vous remercie par avance de consacrer ces quelques minutes à le compléter.
Avec ma reconnaissance

Frédéric TRONCHE, interne en médecine générale

8.3.1 Première section

A votre propos...

Êtes-vous : *

Une femme

Un homme

Êtes-vous : (Une ou plusieurs réponses possibles) *

Médecin généraliste remplaçant

Médecin généraliste installé

Médecin du sport

Autre :

Êtes-vous : *

Non installé

Installé depuis moins de 10 ans

Installé depuis 10 à 30 ans

Installé depuis plus de 30 ans

Exercez-vous : *

- En milieu urbain
- En milieu semi-rural
- En milieu rural

Avez-vous déjà reçu une ou plusieurs formations sur la prescription d'activité physique? *

- Oui
- Non

Êtes-vous maître de stage universitaire? *

- Oui
- Non

Pratiquez-vous personnellement une AP? *

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Très souvent

8.3.2 Deuxième section

A propos de la promotion de l'AP dans votre pratique médicale

Le terme de promotion de l'AP s'entend comme l'ensemble des démarches visant à augmenter le niveau d'AP de la population, quel que soit son état de santé, dans un objectif de santé publique globale via la réduction des coûts sanitaires liés à la sédentarité.

En général, diriez-vous que vous êtes à l'aise avec le concept de promotion de l'AP? *

- Pas du tout à l'aise
- Peu à l'aise
- Assez à l'aise
- Très à l'aise

Dans votre pratique médicale, à quelle fréquence abordez-vous le sujet de l'AP avec vos patients?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Très souvent

Quelles raisons pourraient vous limiter à aborder ce sujet ? (Une ou plusieurs réponses possibles) *

- Manque de temps
- Sentiment de formation incomplète
- Par risque de la pratique d'AP pour la santé de certains patients
- Découragement, lassitude

Dans quelles circonstances de consultation êtes-vous susceptible d'aborder ce sujet? (Une ou plusieurs réponses possibles) *

- Premier contact avec un nouveau patient
- Consultation pour renouvellement d'une ordonnance chez un patient porteur d'une maladie chronique
- Consultation pour un certificat de non contre indication à la pratique sportive
- Quand le patient vous sollicite à ce sujet

Quels éléments cherchez-vous à préciser au moment d'aborder ce sujet? (Une ou plusieurs réponses possibles) *

- Evaluation du niveau actuel de pratique d'AP du patient
- Evaluation de la motivation du patient à la pratique d'une activité physique
- Revue globale des antécédents personnels et familiaux
- Détermination du niveau de risque cardio-vasculaire du patient
- Détermination des autres risques (non cardio-vasculaires) liés à la pratique d'une AP

Quels éléments avez-vous l'habitude de rechercher afin de déterminer le niveau d'AP pratiquée par vos patients? (Une ou plusieurs réponses possibles) *

- Le type d'AP pratiquée
- Le quantité d'AP réalisée (nombre de séances, durée...)
- Les conditions sociales de pratiques (seul, en groupe, en association)
- Le retentissement psychologique de la pratique d'AP
- La recherche de l'utilisation de dispositifs connectés (montres, cardio-fréquence-mètre, podomètre)

Quel(s) outil(s) avez-vous l'habitude d'utiliser afin de promouvoir la pratique d'une AP par vos patients? (Une ou plusieurs réponses possibles) *

- Conseil oral minimal sur les bénéfices de l'AP et les mesures hygiéno-diététiques
- Encouragements et motivation pour maintenir ou augmenter le niveau d'AP quotidienne et pour réduire la sédentarité (trajets à pieds, usage des escaliers...)
- Supports écrits standardisés (affiches, brochures promotionnelles en salle d'attente, extraits de recommandations ou "fiches patients")
- Prescription d'AP
- Conseil d'usage d'objets connectés

Si oui, vous arrive-t'il d'y adresser certains de vos patients?

- Oui
- Non

8.3.3 Troisième section

A propos de la prescription d'une AP

Afin de lutter contre la sédentarité, la Haute Autorité de Santé recommandait en 2011 de renforcer la promotion de l'activité physique en proposant de développer les thérapeutiques non médicamenteuses dont la prescription d'activité physique adaptée (APA).

Plus tard, la loi Santé 2016 donnait un cadre juridique à cette prescription avec l'essor du dispositif "Sport sur ordonnance".

Il autorise le médecin traitant, dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, à prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.

Connaissez-vous les modalités de prescription d'une AP?

- Pas du tout
- Peu précisément
- Assez précisément
- Très Précisément

Vous arrive-t'il de prescrire de l'AP à certains de vos patients? *

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- Très souvent

Pour quelle(s) raison(s) ne prescrivez-vous pas d'AP à vos patients? (Une ou plusieurs réponses possibles) *

- Méconnaissance du dispositif ou des conditions de prise en charge
- Sentiment de formation incomplète
- Pas ou peu de situations cliniques opportunes
- Manque de temps
- Refus du patient
- Je prescris régulièrement de l'AP à mes patients

Si vous n'en avez jamais bénéficié, diriez-vous qu'en recevoir une pourrait impacter votre pratique médicale? *

- J'ai déjà reçu d'une formation sur le sujet
- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Assez d'accord
- Tout à fait d'accord

Si vous avez déjà bénéficié d'une formation sur le sujet, diriez-vous que celle-ci ait *
impacté votre pratique médicale?

- Je n'ai jamais reçu de formation sur le sujet
- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Assez d'accord
- Tout à fait d'accord

Globalement, avez-vous constaté que vos interventions en matière d'activité *
physique aient impacté les habitudes de vos patients?

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- Très souvent

Il ne vous reste plus qu'à valider votre réponse en cliquant sur "envoyer"

Merci d'avoir rempli ce questionnaire.

8.4 ANNEXE N°4 : COURRIEL ADRESSE AUX PARTICIPANTS

Bonjour docteur

Comme convenu par téléphone, je me permet de vous solliciter brièvement dans le cadre de mon travail de thèse, mené sous la supervision du Dr Marc Bonnefoy.

Je réalise un travail tentant de comprendre les habitudes de pratique de médecins généralistes en termes de promotion d'activité physique auprès de leurs patients ainsi que l'impact potentiel d'une formation sur la prescription d'activité physique.

J'aurai souhaité votre participation à mon travail, matérialisé sous la forme d'un questionnaire anonyme à remplir en ligne (<5 minutes), disponible et via ce lien.

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfxWDkgORiW0IXbJpEhIv18xVOi-EjAyWkCUDGSaPTAA7wqdQ/viewform>

Je vous remercie par avance de votre aide par l'attention que vous porterez à mon travail, et reste attentif à toute remarque ou question de votre part.

Bien à vous

Frederic Tronche
Interne en médecine générale

Author: Frédéric TRONCHE

Title: Impact study of training on the prescription of physical activity on its promotion in general medicine

Thesis supervisors: Marc Bonnefoy, Odile Bourgeois

Date and place of defense: Toulouse, OCTOBER 25, 2022

Introduction:

In an increasingly sedentary society, the consequences of practicing physical activity and being sedentary are now recognized. Despite a strategic role of general practitioners in promoting physical activity, their training seems only superficial.

Main objective: to determine the impact of training on the prescription of physical activity on the promotion of physical activity by general practitioners.

Secondary objective: to collect the knowledge and use of general practitioners of the prescription of physical activity, to evaluate the demand for training on the subject.

Method:

A quantitative descriptive study was carried out on a sample of general practitioners from Occitanie, France, who had received and had not received training in the prescription of physical activity as part of their continuing professional development. A questionnaire was sent to the target population in June 2022.

Results:

72 general practitioners were included in the study, 30 of whom had received training in the prescription of physical activity. The promotion of physical activity seems to be a theme in the minds of practitioners and their professional practices were globally homogeneous regardless of their training status. However, the trained physicians claimed to know better and feel more comfortable with the subject. Very little used by practitioners, the prescription of physical activity was still a better-known tool and more used by trained doctors. The latter were not unanimous on the added value provided by the training received. Untrained doctors thought receiving one could change their practices.

Discussion:

In addition to a strong demand for training from the initial course, the literature consulted showed the effectiveness of interventions to promote physical activity by general practitioners with patients. The feeling of incomplete training was a frequently found limiting factor.

The lack of power, a lack of external validity and a recruitment bias limited this study.

Conclusion: Reinforcing and optimizing the initial and then continuous training methods as well as supporting doctors in the process of prescribing physical activity seemed to be interesting prospects to strengthen their knowledge and the quality of their interventions with patients.

Higher-powered work evaluating different training formats could complement this study.

Keywords: General medicine – Physical activity – Health promotion – Prescription of physical activity

Administrative discipline : GENERAL MEDICINE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

Auteur : Frédéric TRONCHE

Titre : Étude de l'impact d'une formation sur la prescription d'activité physique sur sa promotion en médecine générale

Directeurs de thèse : Marc Bonnefoy, Odile Bourgeois

Date et lieu de la soutenance : Toulouse, le 25 OCTOBRE 2022

Introduction :

Dans une société de plus en plus sédentaire, les conséquences de la pratique d'activité physique et de la sédentarité sont aujourd'hui reconnus. En dépit d'un rôle stratégique des médecins généralistes dans la promotion de l'activité physique, leur formation ne semble que superficielle.

Objectif principal : déterminer l'impact d'une formation sur la prescription d'activité physique sur la promotion de l'activité physique faite par les médecins généralistes.

Objectif secondaire : recueillir la connaissance et l'usage des médecins généralistes de la prescription d'activité physique, évaluer la demande de formations sur le sujet.

Méthode :

Une étude descriptive quantitative a été réalisée portant sur un échantillon de praticiens en médecine générale d'Occitanie ayant reçu et n'ayant pas reçu de formation sur la prescription d'activité physique dans le cadre de leur développement professionnel continu. Un questionnaire a été adressé à la population ciblée au mois de juin 2022.

Résultats :

72 médecins généralistes ont été inclus dans l'étude, dont 30 ayant reçu une formation sur la prescription de l'activité physique. La promotion d'activité physique semble être un thème à l'esprit des praticiens et leurs pratiques professionnelles étaient globalement homogènes indépendamment de leur statut de formation. Toutefois, les médecins formés déclaraient mieux connaître et se sentir plus à l'aise avec le sujet. Très peu employée par les praticiens, la prescription d'activité physique était tout de même un outil mieux connu et plus utilisé par les médecins formés. Ces derniers n'étaient pas unanimes sur la plus-value apportée par la formation reçue. Les médecins non formés pensaient qu'en recevoir une pourrait faire évoluer leurs pratiques.

Discussion :

En plus d'une forte demande de formation dès le cursus initial, la littérature consultée montrait une efficacité des interventions en promotion d'activité physique de la part des médecins généralistes auprès des patients. Le sentiment de formation incomplète constituait un facteur limitant fréquemment retrouvé. Le manque de puissance, un défaut de validité externe et un biais de recrutement limitaient cette étude.

Conclusion :

Renforcer et optimiser les modalités de formation initiale puis continue ainsi qu'accompagner les médecins dans le processus de prescription d'activité physique semblaient être des perspectives intéressantes afin de renforcer leurs connaissances et la qualité de leurs interventions auprès des patients.

Un travail à plus grande puissance évaluant différents formats de formation pourrait compléter cette étude.

Mots-Clés : Médecine générale – Activité physique – Promotion de la Santé – Prescription de l'activité physique

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France