



HAL
open science

Le médecin généraliste et le conseil en activité physique : étude qualitative auprès de médecins généralistes franciliens

Laëtitia Moussard Philippon

► **To cite this version:**

Laëtitia Moussard Philippon. Le médecin généraliste et le conseil en activité physique : étude qualitative auprès de médecins généralistes franciliens. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-01122634

HAL Id: dumas-01122634

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01122634>

Submitted on 18 May 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2013

N° 217

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Le médecin généraliste et le conseil en activité physique :
étude qualitative auprès de médecins généralistes
franciliens

Présentée et soutenue publiquement
le 13 novembre 2013

Par

MOUSSARD PHILIPPON, Laëticia
Née le 11 octobre 1980 à Pontoise (95)

Co-dirigée par M. Le Docteur RIGAL, Laurent et Mme BLOY, Géraldine

Jury :

M. Le Professeur CORNET, Philippe Président

Mme Le Professeur OPPERT, Jean-Michel

M. Le Docteur THOMAS-DESESSARTS, Yann



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe CORNET,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Madame Géraldine BLOY,
Vous m'avez fait découvrir une approche sociale de la médecine.
Vous avez accepté de diriger mon travail.
Je vous remercie pour votre aide et le temps passé à la relecture.
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

Au Docteur Laurent RIGAL,
Vous avez accepté la direction de ma thèse.
Je vous remercie pour vos conseils constructifs.

A Monsieur le Professeur Jean-Michel OPPERT,
Vous avez accepté de juger ce travail.
C'est un grand honneur pour moi.

A Monsieur le Docteur THOMAS-DESSESARTS,
Vous avez accepté de juger ce travail.
Merci pour votre disponibilité et vos conseils.

Aux autres médecins qui m'ont fait découvrir et aimer la médecine générale, notamment le Dr Monique HORWITZ-GUERIN, le Dr Madeleine FAVRE, le Dr Annie CATU-PINAULT, le Dr Laurent ARDITTI. Vous m'avez fait découvrir les différentes facettes de la médecine générale.
Merci pour tout ce que vous m'avez apporté et pour votre disponibilité.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de répondre à cette enquête.

A l'URPS pour son soutien financier au projet.

A mes parents qui ont toujours su me motiver.
Vous avez été présents quand j'ai eu besoin de vous.
Merci.

A ma sœur Aurélie,
Merci pour ta relecture attentive et tes conseils.

A Anthony,
Merci pour tes conseils et ta disponibilité.

A Gilles,
Malgré nos parcours divergents, nous nous sommes entre-aidés tout au long de nos études.
Tu m'as donné la force d'aller au bout.

A Matthieu, mon mari,
Merci pour ton soutien et ta patience.

A mes deux fils chéris, Lucas et Valentin,
Vous m'apportez du bonheur chaque jour.

A mes beaux-parents, Chantal et Francis,
Vous avez su vous intéresser à mon parcours et m'encourager.

SOMMAIRE

<u>ETAT DES LIEUX ET PROBLEMATIQUE.....</u>	7
1) <u>Activité physique et santé.....</u>	8
1-1) Rappel de définitions.....	8
1-2) Les effets paradoxaux de l'activité physique.....	8
<i>Ses bénéfices.....</i>	9
<i>Ses risques.....</i>	11
2) <u>L'activité physique et les Français</u>	12
2-1) Etat des lieux.....	12
2-2) Eléments méthodologiques.....	15
2-3) Déterminants de la pratique.....	16
<i>Facteurs sociologiques et démographiques.....</i>	16
<i>Facteurs psychologiques et motivations à la pratique.....</i>	19
<i>Facteurs environnementaux.....</i>	20
3) <u>La promotion des activités physiques et sportives.....</u>	21
3-1) Les interventions populationnelles.....	21
<i>Rappels historiques.....</i>	21
L'éducation physique et sportive en milieu scolaire.....	21
Les débuts de la promotion de l'activité physique.....	22
<i>Les interventions actuelles.....</i>	22
Le Plan National Nutrition Santé.....	23
Les autres initiatives.....	24
Des prises de position récentes.....	24
<i>Derrière l'effervescence, quelles critiques ?.....</i>	24
3-2) Les interventions individuelles : les professionnels.....	25
<i>Le problème de la formation du médecin généraliste.....</i>	26
<i>Les professionnels de l'activité physique.....</i>	26
3-3) Des exemples d'actions récentes.....	27
4) <u>Les généralistes et le conseil en activité physique : que sait-on ?.....</u>	29
4-1) Les études dans le monde.....	29
<i>En parler et évaluer.....</i>	33
<i>Les patients ciblés par les médecins.....</i>	34
<i>Quels obstacles ?.....</i>	34
<i>Les conseils des médecins en pratique.....</i>	35
<i>En parler : quelle efficacité ?.....</i>	35
4-2) En France : encore trop peu d'études.....	36
<u>OBJECTIF DE L'ETUDE.....</u>	40
<u>MATERIEL ET METHODES.....</u>	42
1) La naissance du projet.....	42
2) Intérêt de la méthode qualitative.....	42

3) La construction et la réalisation des entretiens.....	43
Le guide d'entretien.....	43
Le contenu de notre guide d'entretien.....	44
Echantillonnage.....	45
Prise de contact avec les médecins : difficultés et aides.....	46
Les entretiens.....	46
Retour sur la réalisation de mes entretiens.....	46
La réaction des médecins interrogés.....	47
4) Les entretiens retenus.....	48
5) Méthode d'analyse des entretiens.....	52
6) Forces et limites de notre enquête.....	53
<u>ANALYSE.....</u>	54
<u>1) Influence des trajectoires des médecins sur leurs convictions.....</u>	54
1-1) Trajectoires et expériences professionnelles autour de l'activité physique.....	54
a) <i>La formation.....</i>	54
b) <i>Les recommandations.....</i>	57
c) <i>Expériences professionnelles et bon sens.....</i>	58
1-2) Influence de leurs expériences personnelles en matière d'activité physique.....	59
a) <i>Les médecins qui ne pratiquent pas.....</i>	59
b) <i>Les médecins qui pratiquent et se posent en exemple.....</i>	60
c) <i>Les médecins qui pratiquent mais n'en parlent pas.....</i>	62
d) <i>Les médecins qui ont interrompu leur activité physique.....</i>	64
e) <i>Des activités non professionnelles sources de connaissances spécifiques.....</i>	65
1-3) Des convictions au croisement de leur parcours professionnel et personnel.....	66
a) <i>Aborder en entretien le thème de l'activité physique.....</i>	66
b) <i>Le lien entre activité physique et santé.....</i>	69
Les bénéfices attendus.....	69
Une prévention comme les autres ?.....	70
La perception des dangers liés aux activités physiques.....	71
c) <i>Changer les comportements.....</i>	76
Des préjugés avec certaines catégories de patients.....	76
Ressenti d'efficacité.....	76
Des variations selon les thèmes de prévention.....	77
<u>2) Place en médecine générale : rôle et partenaires.....</u>	80
2-1) L'activité physique dans la consultation de médecine générale.....	80
<i>L'absence de consultation dédiée.....</i>	80
<i>Les certificats de non contre-indication au sport.....</i>	81
2-2) Les relais et les autres acteurs.....	84
a) <i>Outils théoriques, affiches et brochures.....</i>	84
b) <i>Les campagnes.....</i>	86
c) <i>Les relais : à qui adressent-ils leurs patients ?.....</i>	90
d) <i>L'absence de spécialiste.....</i>	92

3) Les façons de faire en consultation.....	94
3-1) Circonstances pour en parler et arguments pour convaincre.....	94
a) <i>Les trois niveaux de prévention.....</i>	95
b) <i>Les troubles psychiques.....</i>	97
c) <i>Le cas particulier des médecins nutritionnistes.....</i>	99
3-2) L'évaluation de l'activité physique.....	100
a) <i>Quelle évaluation ?.....</i>	100
b) <i>L'enregistrement dans le dossier médical.....</i>	104
3-3) Les conseils donnés.....	108
<i>Le bon usage du temps pour l'activité physique.....</i>	110
<i>Le choix de l'activité.....</i>	111
<i>Infrastructures, outils et environnement.....</i>	112
<i>Les autres conseils.....</i>	114
3-4) Les variables liées au patient.....	115
<i>Le problème de la motivation et de l'envie.....</i>	115
<i>L'habitude.....</i>	115
<i>Difficultés socio-économiques, précarité.....</i>	116
<i>La variabilité selon l'âge du patient.....</i>	118
<i>Les différences hommes – femmes.....</i>	120
<i>L'état de santé et les pathologies des patients.....</i>	120
3-5) Bilan des prises en charge.....	121
<u>PORTRAITS DE MEDECINS.....</u>	123
Dr Armand.....	123
Dr Georges.....	124
Dr Armelle.....	125
Dr Laetitia.....	126
<u>CONCLUSION.....</u>	128
<u>BIBLIOGRAPHIE.....</u>	131
<u>LISTE DES ABREVIATIONS.....</u>	141
<u>ANNEXES.....</u>	142
- <u>Annexe 1 : International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).....</u>	142
- <u>Annexe 2 : Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) de l'OMS.....</u>	143
- <u>Annexe 3 : Communiqué de Presse : première campagne de promotion de l'activité physique (2004).....</u>	145
- <u>Annexe 4 : Questionnaire de Ricci et Gagnon.....</u>	147
- <u>Annexe 5 : Prescription de l'activité physique, surpoids, obésité, enfant, adolescent HAS, actualisation des recommandations 2003.....</u>	148
<u>RESUME.....</u>	149

L'activité physique recouvre un domaine bien plus large que celui de la seule pratique sportive, incluant également des activités professionnelles, de loisirs, de déplacements dans la vie de tous les jours (Programme National Nutrition Santé, 2005). Ses nombreux bénéfices ne sont plus à démontrer, elle est notamment corrélée à une diminution de la mortalité cardio-vasculaire (INSERM, 2008). Les risques de la pratique sont au contraire plus rarement mentionnés. Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité tous âges confondus et représentent le poste le plus important de la consommation de soins et de biens médicaux (Vacheron, 2007). Elles constituent donc un problème majeur de santé publique, ce qui souligne l'enjeu de la pratique d'une activité physique. C'est pour ces raisons qu'il est recommandé d'effectuer au minimum trente minutes d'activité physique modérée par jour (PNNS, 2011). L'activité physique n'a pourtant intéressé que récemment les campagnes de santé publique.

Dans mon travail, je vais m'intéresser au rôle du généraliste et à son approche en analysant la pratique de médecins franciliens concernant la prévention par l'activité physique. Ils sont en effet au contact d'une grande partie de la population, alors quels rôles se donnent-ils et comment font-ils en pratique ?

Pour cela, je vais tout d'abord exposer le contexte afin de mieux préciser la problématique.

ETAT DES LIEUX ET PROBLEMATIQUE

Pour mieux comprendre notre sujet, il va falloir dans un premier temps établir un état des lieux. Après quelques rappels de définitions, nous verrons quels peuvent en être les effets, bénéfiques ou non, et nous ferons le point sur la pratique des Français ainsi que ses déterminants. Puis nous étudierons comment elle s'inscrit progressivement dans les campagnes de prévention. Enfin, nous essaierons d'étudier la place des médecins généralistes afin de mieux comprendre comment l'activité physique est abordée en consultation.

1) Activité physique et santé

1-1) Rappels de définitions

En premier lieu, il est indispensable de faire quelques rappels de définitions, particulièrement de l'activité physique, du sport, ou encore à l'opposé de la sédentarité. Bien que chacun de nous ait une idée préconçue de la signification de chacun de ces termes, la distinction entre activité physique et sport n'est pas toujours bien nette et la frontière entre les deux peut parfois paraître presque inexistante.

Le Programme National Nutrition Santé lancé en 2001 définit l'activité physique comme « tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques et entraînant une augmentation des dépenses d'énergie par rapport à la dépense de repos ». Cette définition est donc très large et recouvre donc de nombreuses activités sans se limiter à la seule pratique sportive qui nous vient spontanément à l'esprit (Programme National Nutrition Santé, 2005). Elle intègre certaines activités professionnelles qui nécessitent des efforts, d'autres domestiques comme le ménage, de loisirs avec par exemple le jardinage, voire de déplacements dans la vie de tous les jours lorsqu'ils sont effectués à pied ou à vélo.

Par opposition, l'inactivité physique ou sédentarité correspond à des occupations dont la dépense énergétique est proche de celle au repos. Perçue comme un fléau récent, elle croît depuis la deuxième moitié du xx^e siècle. Le développement technologique, audiovisuel, et des transports nous rendent de moins en moins actifs (Toussaint, 2008). Les déplacements se font de plus en plus souvent par des moyens motorisés, de telle façon que de nos jours, la marche est de moins en moins un moyen de se mouvoir, c'est plus souvent un objectif : on ne marche plus uniquement par nécessité pour se déplacer mais parce qu'on en a envie. L'activité physique liée aux professions s'est également réduite.

La définition du sport, par opposition aux précédentes, est plus sujette à controverses. Il peut être décrit comme une activité physique institutionnalisée s'appuyant sur des compétitions, et supposant donc l'utilisation de règles standardisées (Parlebas, 2007). Cette définition est assez restrictive et de nombreuses activités, de plus en plus pratiquées de nos jours (jogging, surf, etc.), ne répondent pas à tous ces critères.

Le Conseil de l'Europe propose une définition plus large, il a défini le sport comme une activité physique dont le but est d'obtenir un meilleur état physique, psychique, le développement de relations sociales, ou encore visant à avoir des résultats lors de compétitions. Elle confirme l'ambiguïté existant entre sport et activité physique, dans ce cas, ce n'est plus le contenu mais l'objectif de la pratique qui fait basculer d'un concept à l'autre.

Ce travail sera donc l'occasion de voir comment les médecins généralistes rencontrés s'approprient ces deux notions et comment ils les articulent l'une avec l'autre.

1-2) Les effets paradoxaux de l'activité physique

Il est important de rappeler ici quels sont les effets de l'activité physique. Ils peuvent être bénéfiques mais il existe également des risques. Les médecins ont souvent à l'esprit ces deux aspects, ils peuvent alors être amenés à évaluer la balance bénéfice – risque, avec une très probable influence sur la décision de conseiller ou non un sport ou une activité.

Ses bénéfices

Les effets bénéfiques de l'activité physique sont reconnus depuis longtemps. Déjà, dès l'Antiquité, Hippocrate insiste sur l'équilibre nutritionnel et l'exercice physique pour un maintien en bonne santé : « *quand les aliments l'emportent sur les exercices, une portion de nourriture reste non consommée, elle s'amasse aussi, et la maladie naît derechef de cette surabondance* ». Eugène Paz, dans son livre « La santé de l'esprit et du corps par la gymnastique » publié en 1865 en rapporte les effets physiques et psychiques.

Depuis, de très nombreuses études ont confirmé les effets positifs de l'activité physique. Ils sont de différents types :

- Les effets sur la santé physique

- Le fonctionnement cardio-vasculaire

L'activité physique permet de réduire le risque d'accident coronarien, quel que soit l'âge ou le sexe du patient (Sundquist K. et al., 2005), avec une relation de type dose – effet (Shiroma et Lee, 2010), ce lien se fait de manière indépendante des autres facteurs de risque cardio-vasculaires mais également par le biais de ceux-ci, de façon multifactorielle. Elle aide en effet à les contrôler en diminuant la tension artérielle (Fagard, 2001), en aidant au contrôle du poids, même de façon modeste (Wing, 1999), en diminuant l'incidence d'un diabète de type 2 (Laaksonen et al., 2005) ou en l'équilibrant (Normand G. Boulé et al., 2001), en améliorant le bilan lipidique (Thompson et al., 2003) ou même encore en facilitant le sevrage tabagique (Ussher et al., 2000).

Elle réduit également le risque d'accident vasculaire cérébral même si cette relation est moins franche que pour les coronaropathies. Au final, elle diminue la mortalité cardio-vasculaire (INSERM, 2008).

Or, les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité tous âges confondus avec 32 % des décès. Elles représentent le poste le plus important (12,6 %) de la consommation de soins et de biens médicaux en 2005 (Vacheron, 2007), il s'agit donc d'un enjeu de santé publique majeur.

- En oncologie

L'activité physique permet la réduction du risque de développer un cancer du sein (Lahmann et al., 2007), ainsi que du cancer du côlon, même si les mécanismes n'en sont pas expliqués (Slattery & Potter, 2002). Lorsque le cancer est apparu, on relève des effets favorables lors des différentes étapes du traitement (INSERM, 2008).

- Sur les maladies respiratoires

Le réentraînement à l'exercice fait partie intégrante de la prise en charge de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (HAS, 2012). Il permet de ralentir la dégradation de la fonction respiratoire de ces patients (Garcia-Aymerich et al., 2007).

➤ Autres effets

Elle améliore aussi la fonction pulmonaire et celle d'autres appareils : les muscles, le squelette, le système nerveux et les supports de l'immunité, elle diminue le risque d'ostéoporose (INSERM, 2008).

Au total, grâce à tous ces bénéfices somatiques, l'activité physique d'intensité modérée à élevée permet de diminuer la mortalité, toutes causes confondues, dans les deux sexes (Barengo et al., 2004).

Même si les études ne permettent pas de fixer précisément le seuil minimal de la pratique permettant l'obtention de résultats suffisamment intéressants et significatifs, on relève un effet dose-réponse : plus elle est intense et prolongée, plus la mortalité chute (Samitz et al., 2011). De plus, elle permet l'obtention d'une meilleure qualité de vie et réduit les conséquences des affections chroniques des personnes âgées, en diminuant les douleurs, les conséquences physiques et en aidant à la mobilité (Sawatzky et al., 2007). Elle augmente donc l'espérance de vie en bonne santé et peut ralentir la perte d'autonomie.

- Les effets sur la santé psychique

L'activité physique peut aider à augmenter le bien-être psychique (Fox, 1999), elle diminue stress, anxiété et troubles dépressifs (De Moor et al., 2006).

Elle peut apparaître comme un moyen d'améliorer son apparence physique et donc influencer positivement la perception que l'on a de son corps (Hausenblas & Fallon, 2006). Les préoccupations liées à son image peuvent donc être une motivation à pratiquer, cependant, l'anxiété sociale liée à celle-ci peut par ailleurs constituer un frein à le faire sous le regard des autres (Hausenblas et al., 2004).

- Les effets sur le bien-être social

La pratique d'une activité physique ou plus précisément d'un sport est l'occasion de tisser des liens sociaux, avec des bénéfices en terme d'insertion dans la société (Bazex et al., 2012). C'est d'ailleurs cet aspect qui peut motiver les patients à pratiquer, surtout les jeunes adultes. C'est une des raisons qui incitent environ 45 % des personnes de 12 à 25 ans à pratiquer, puis ce chiffre diminue avec l'augmentation de l'âge (Baromètre Santé 2000).

On vient donc de rappeler les bénéfices majeurs de l'activité physique, mais ce tableau serait déséquilibré si on n'en rappelait pas les risques potentiels. Qu'elle soit pratiquée modérément ou en excès, elle peut parfois se révéler dangereuse.

Ses risques

Il est souvent considéré que les risques liés au sport sont dus à ses excès, ils sont donc rarement notifiés dans les recommandations préconisant une activité physique modérée. Les complications de la pratique sportive ne sont pourtant pas rares, elle est également responsable d'accidents.

- Accidents de sport

Les accidents de sport ont souvent été considérés comme le fruit du hasard, attribués à la malchance. Ce n'est que récemment, à la fin du xx^e siècle, parallèlement à l'augmentation du nombre des pratiquants et donc du nombre d'accidents, qu'ont été faites les premières études épidémiologiques les concernant, celles-ci sont beaucoup moins nombreuses que celles concernant ses bénéfiques. Ils sont également moins évoqués que les risques de dopage ou de mort subite.

Lorsque les patients consultent pour ce type d'accidents, les conditions de celui-ci sont rarement mentionnées dans le dossier, ce qui ne permet pas facilement leur utilisation à des fins statistiques (Rengot & Lacoste, 2001). On retrouve surtout des études concernant les jeunes sportifs Américains des campus, on dispose de moins d'études françaises.

Le risque d'accidents varie selon le sport pratiqué (Marchard, 2003), il augmente avec la multiplicité des pratiques, leurs fréquences et leurs durées, d'autant plus que les pratiquants participent à des rassemblements sportifs (Elfeki Mhiri & Lefevre, 2012). Les sports les plus à risque sont les sports d'équipe se jouant avec un ballon, la première place revenant au football. Ce sont les hommes qui en sont le plus souvent victimes et le risque diminue lorsque l'âge augmente (Rengot & Lacoste, 2001).

9 % des pratiquants de 15 ans et plus ont déclaré avoir été victimes d'un accident pendant la pratique d'une activité physique ou sportive au cours de l'année écoulée, 74 % ont eu recours à un médecin, 28 % ont cessé leur activité et 19 % ont été hospitalisés (Elfeki Mhiri & Lefevre, 2012). Si on élargit à la population générale de 12 à 75 ans, c'est-à-dire qu'on ne se limite pas aux individus pratiquant un sport, l'incidence des accidents de sport était de 4,3 % en 2000 et de 2,9 % en 2005 (Baromètre santé 2000 et Baromètre santé 2005). L'enquête EPAC (Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante) réalisée en 2004 et 2005 retrouve 17,8 % d'accidents de sport parmi les accidents de la vie courante (Thélot et al., 2009).

Chez les plus jeunes, les accidents sont plus fréquents : entre 10 et 24 ans, 44 % des accidents de la vie courante sont des accidents de sport : il s'agit de la première cause d'accident dans cette tranche d'âge (Thélot et al., 2001). Un jeune sur 7 entre 12 et 25 ans a eu un accident de sport dans les douze mois précédents, ce qui représente 43 % des garçons et 32 % des filles qui ont une pratique sportive (Guilbert et Choquet, 2001).

La probabilité d'accidents du sport augmente si la personne a fait trois années ou plus d'études supérieures, mais ce sont également des populations qui font plus de sport (Baromètre santé 2005). De la même façon, il y a moins de risque d'accidents si les revenus du foyer diminuent (Elfeki Mhiri & Lefevre, 2012), mais là encore, le résultat est biaisé par leur moindre pratique.

Les blessures occasionnées concernent le plus souvent l'appareil locomoteur (Marchard 2003). Ce sont surtout le genou, la cheville ou l'épaule qui sont touchés (Darrow et al., 2009).

Sur 10 accidents, 6 sont liés à une chute, 4 sont associés à un choc, le plus souvent contre une autre personne. Etant donné les lésions provoquées (entorses, fractures, luxations), on relève un fort recours aux soins des masseurs-kinésithérapeutes de l'ordre de 20 %, ceux-ci sont donc régulièrement sollicités en cas d'accident (Rengot & Lacoste, 2001).

Les accidents ne sont pas seulement traumatiques, ils peuvent également être cardio-vasculaires ou liés aux excès.

- Mort subite

Bien que l'activité physique protège des maladies cardiaques, il existe un risque de mort subite au cours de la pratique. Déjà dans l'Antiquité, Hippocrate signalait ces risques. L'insuffisance coronaire en est la cause principale, surtout après 40 ans. Le risque relatif de mort subite pour les athlètes est de 2,5 par rapport aux non sportifs (Lecarpentier & Hébert, 2009).

- Risques associés à la quête de la performance : surentraînement et dopage

Un autre aspect qu'il faut citer pour mémoire, car il est susceptible d'être mentionné dans l'analyse des entretiens, est la pratique excessive avec les risques qu'elle comporte. La quête de la performance peut pousser l'individu au surentraînement avec des risques d'effets néfastes sur la santé et inciter à se laisser tenter par le dopage.

L'activité physique présente une balance bénéfice-risque favorable lorsqu'elle est pratiquée de façon modérée, mais elle comporte d'autres aspects que nous ne pouvons pas négliger dans notre travail, nous verrons comment ces différents éléments interviennent ou non chez les médecins interrogés.

2) *L'activité physique et les Français*

2-1) *Etat des lieux*

Les estimations des personnes pratiquant un sport ou une activité physique sont très variables selon les études. J'en présente ici certains résultats dans le tableau suivant que j'ai réalisé.

Tableau 1 : Récapitulatif des études d'estimation des personnes pratiquant un sport ou une activité physique :

Année	Enquête	Période d'évaluation	Tranches d'âge	Echantillon	Résultats
1985	INSEP	Année précédente	12 à 74 ans	3000	73 % (activité physique ou sportive)
2000	INSEP	Année précédente	15 à 75 ans	6526	61 % (activité physique ou sportive) 83 % après relance 48 % au moins 1 fois/sem. (60 % après relance) 24 % au moins 3 fois/sem.
2003	INSEE (Muller, 2005)	Année précédente	Plus de 15 ans	5626	71 % (activité physique ou sportive)
2005	INPES Baromètre santé	Semaine précédente + semaine habituelle + IPAQ	15 à 74 ans	8708	58 % pratique habituelle sport 45,7 % activité suffisante pour la santé 43,8 % sport dans semaine précédente
2006	ENNS InVS	Semaine écoulée (IPAQ)	15 à 17 ans 18 à 74 ans	3115 adultes 18 à 74 ans 403 enfants 15 à 17 ans	63,2 % des 18 – 74 ans : activité physique modérée (> 30 min, > 5 fois/sem.) 70,8 % des 15 – 17 ans : activité physique modérée (> 30 min, > 5 fois/sem.)
2008	INPES Baromètre santé	Semaine type (GPAQ)	15 à 75 ans	3489	50,6 % activité physique loisirs 55,7 % activité physique déplacements 57,7 % activité physique au travail 42,5 % activité physique favorable à la santé
2010	INSEP	Année précédente	15 ans et plus	8510	89 % (activité physique ou sportive) 65 % au moins 1 fois/sem. 81 % de multipratiquants
2010	Euro-baromètre	Fréquence habituelle	15 ans et plus	26 788 Européens	48 % des Français : sport au moins 1 fois/sem. 75 % des Français : activité physique non sportive au moins 1 fois/sem.

Les études de grande ampleur menées par l'INSEP, en 1985, 2000, et 2010, retrouvent une augmentation du nombre de sportifs au cours des années. Les activités les plus fréquemment pratiquées, que ce soit en 2000 ou 2010, sont la marche, la natation et le vélo, puis le footing-jogging et la gymnastique, le premier sport organisé est le football. Ces études de l'INSEP précisent également les déterminants des pratiques, nous allons les voir ci-après.

Le Baromètre santé 2008 retrouve que 43,4 % des personnes considèrent avoir une pratique suffisante, pourtant parmi elles, 61,6 % ont réellement une activité physique favorable à leur santé.

Une enquête européenne, l'Eurobaromètre 2010 retrouve que la France se situe dans la moyenne européenne. 33 % des Français ont une activité physique plus de 30 minutes et 5 fois ou plus par semaine, 13 % pratiquent un sport plus de 30 minutes 5 fois ou plus par semaine. 52 % des Français pratiquent rarement ou jamais un sport, et 25 % rarement ou jamais d'activité physique.

Et chez les plus jeunes ?

Concernant les plus jeunes, en 2001, les deux tiers des 12 à 17 ans pratiquent un sport en dehors des cours d'éducation physique et sportive, soit 77 % des garçons et 60 % des filles (MJS, 2002). Mais cette étude n'évalue pas la pratique de façon quantitative.

Une enquête réalisée avec des accéléromètres, mesurant les variations d'accélération, ou plus simplement les mouvements, entre 2005 et 2008 retrouve que moins de 10 % des enfants d'écoles élémentaires du Nord de la France, âgés d'environ 10 ans, ont une activité physique en accord avec les recommandations, c'est-à-dire plus de 60 minutes par jour d'activité physique modérée à vigoureuse. Parmi les enfants, 42 % font entre 30 et 60 minutes par jour d'activité physique (Guinhouya et al., 2010).

Selon l'Etude Nationale Nutrition Santé de 2006, qui s'appuie sur une adaptation française du questionnaire YRBSS (Youth Risk Behaviour Surveillance System) dont les questions portent sur le nombre de jours où les adolescents pratiquent au moins 20 minutes d'activité physique de forte intensité ou au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité moyenne, 39 % des adolescents de 11 à 14 ans pratiquent l'équivalent d'un minimum de 30 minutes par jour d'activité physique modérée ou plus intense. Les résultats de cette étude sont, contrairement à la précédente, soumis à un biais de déclaration.

Au total, ces études nous permettent de pointer les difficultés pour savoir de quoi nous parlons. Ces difficultés épidémiologiques peuvent se refléter dans les évaluations faites par les médecins généralistes : qu'est-ce qu'ils évaluent ? On comprend alors toute la difficulté à réaliser une évaluation standardisée.

Il semble cependant au travers de ces études que l'activité physique globale des Français soit insuffisante et qu'il existe une marge d'intervention pour tenter d'augmenter les bénéfices pour la santé.

Malgré toutes ces discordances sur les niveaux de pratique, les différentes études retrouvent des corrélations similaires que nous allons détailler par la suite.

2-2) *Éléments méthodologiques*

Ces enquêtes sont insuffisantes qualitativement, elles ne retrouvent pas des résultats cohérents, ils sont difficilement comparables. Les facteurs méthodologiques expliquant ces divergences sont de plusieurs types.

Tout d'abord, il faut se demander : qu'est-ce qu'on prétend mesurer ? Différentes significations peuvent être attribuées à la notion de sport ou d'activité physique. Certaines enquêtes posent des questions ouvertes et ce sont les personnes interrogées qui précisent leur sport ou ce qu'elles perçoivent comme tel. D'autres enquêtes proposent une liste d'activités sportives. Les différentes études n'attribuent pas toutes le même sens au mot « sport ». Ainsi, l'enquête de l'INSEE de 2003, inclut-elle dans sa liste de sport la pétanque, les fléchettes, l'aéromodélisme, les soirées dansantes, le vélo, etc. A l'opposé, le vélo et la danse ne font pas partie des sports de l'Eurobaromètre et sont considérés comme des activités physiques autres.

D'autre part, la notion d'activité physique comporte différentes composantes comme les activités liées aux loisirs, aux déplacements, aux tâches ménagères ou au travail. Les études ne prennent pas toutes en considération ces différents aspects.

Les études de l'INSEP et celles de l'INSEE (2003) restent floues dans leur questionnement et interrogent sur les activités physiques ou sportives. Ce type de questionnement augmente le taux de pratique, il serait plus faible si les interrogations s'étaient limitées aux sports. Il y a un risque de surévaluation. Les questions de relance ajoutées en 2000 et 2010 dans les études de l'INSEP montrent une volonté de retrouver le plus grand nombre de pratiquants.

Comment l'évaluation quantitative s'effectue-t-elle ? Les paramètres mesurés ne sont pas toujours les mêmes.

C'est parfois la période d'évaluation de référence qui diffère, il peut s'agir de la semaine écoulée comme dans le Baromètre santé 2005 ou dans le questionnaire IPAQ. Il évalue le temps passé à pratiquer des activités intenses et modérées, le temps de marche et le temps passé en position assise des sept jours précédents (annexe 1).

La période d'évaluation peut également être l'année écoulée comme dans les études de l'INSEP. L'évaluation sur une courte période privilégie la recherche d'une pratique régulière, plus proche des réelles quantités temporelles. L'interrogation sur l'année précédente se veut plus exhaustive pour la diversité des activités physiques ou sportives. Dans d'autres cas, c'est la semaine type qui est explorée. C'est notamment le cas avec le questionnaire de type GPAQ mis au point par l'OMS, il propose seize questions dans différents types de situation : l'activité physique au travail, au cours des déplacements d'un endroit à l'autre, les activités de loisirs et les comportements sédentaires (annexe 2).

Les questionnaires IPAQ et GPAQ tiennent compte de l'intensité des activités physiques (intenses ou modérées), ils permettent de préciser le niveau d'activité physique par rapport aux recommandations.

Enfin, la variation des tranches d'âge peut faire changer les résultats puisque les plus jeunes sont les plus sportifs. L'étude de l'INSEP de 1985 qui prend en compte les individus de plus de 12 ans est donc difficilement comparable aux enquêtes suivantes qui considèrent les personnes de plus de 15 ans.

2-3) Déterminants de la pratique

Ils sont importants à connaître car ils peuvent indiquer des cibles d'intervention, aussi bien en santé publique que pour les médecins en consultation. Contrairement aux taux de pratique décrits ci-dessus, les résultats des travaux sur les déterminants de la pratique convergent.

- *Facteurs sociologiques et démographiques*

- *Influence du sexe*

Chez les adultes de plus de 15 ans, le sport féminin diffère du sport masculin qu'il s'agisse des disciplines choisies, du lieu de pratique, de leur intensité, du choix ou non de faire des compétitions (MJS/INSEP, 2000). Les hommes et les femmes ne pratiquent pas les mêmes sports (Muller, 2005). Les hommes sont majoritaires dans la pratique de sports collectifs tels que le football ou le rugby sauf le volley qui est mixte. A l'opposé, les femmes dominent dans la gymnastique, la danse, et le patinage sur glace. Les autres activités peuvent être considérées comme mixtes, autant de femmes que d'hommes font du vélo, de la natation, de la marche, de la plongée ou du roller (Muller, 2006). Les écarts entre hommes et femmes sont moindres dans les milieux favorisés.

Les femmes pratiquent fréquemment en dehors des clubs et des associations, elles pratiquent de façon autonome plus souvent que les hommes. Elles fréquentent cependant les structures institutionnelles pour y rechercher un encadrement technique, mais moins souvent dans un but de compétition.

Les hommes participent plus souvent à des compétitions (15 % des pratiquants contre 4 % des pratiquantes) et sont plus fréquemment licenciés (26 % contre 15 %). Les sports où la compétition est plus développée attirent plus les hommes que les femmes.

Si nous ne nous limitons pas à la seule pratique sportive, les constatations sont similaires concernant l'activité physique : sa quantité est plus importante chez l'homme que chez la femme (Oppert et al., 2005). En 2008, le Baromètre Santé Nutrition retrouve que les hommes sont plus nombreux à atteindre le niveau d'activité physique recommandé pour la santé (51,6 % versus 33,8 %, $p < 0,001$).

Les hommes ont majoritairement une activité physique au travail alors que pour les femmes, c'est l'activité liée aux déplacements qui est la plus citée (INPES, 2008). Les femmes ont traditionnellement la responsabilité de tâches familiales avec le rôle social qui leur est conféré, elles ont donc moins de temps et de moyens pour leurs loisirs, et donc pour la pratique sportive (Cresson, 1995). Les enquêtes de l'INSEE retrouvent que même si, depuis 1999, le temps consacré aux tâches domestiques, resté stable chez les hommes, a diminué chez les femmes, l'écart entre hommes et femmes persiste et est encore d'une heure et demie par jour (Ricroch & Roumier, 2011).

Chez les enfants et adolescents, les résultats sont concordants avec ceux des adultes, les garçons déclarent un temps et une fréquence d'activités physiques et sportives supérieurs à ceux des filles (CFES, 1998). Ils sont aussi quatre fois plus nombreux que les filles à pratiquer du sport plus de huit heures par semaine et participent plus souvent à des compétitions : 68 % des garçons ont, à un moment ou un autre de leur vie, participé à des compétitions, contre 36 % seulement pour les filles (Choquet & Arvers, 2002). D'autre part, les filles sont plus nombreuses que les garçons à n'avoir jamais fait de sport ou à avoir abandonné un sport sans reprendre une autre activité sportive (MJS, 2002). L'institutionnalisation de la pratique est, là encore, plus fréquente chez les garçons (Augustini et al., 1994) et le sport qu'ils pratiquent le plus est le football (Guilbert et Choquet, 2001).

Au total, le sport est pratiqué davantage par les hommes qui ont également plus souvent une activité physique favorable à la santé (INPES, 2007).

Les différences entre hommes et femmes sont donc importantes à considérer, leurs emplois du temps et leurs attentes diffèrent. Il sera intéressant de voir par la suite comment les médecins généralistes en tiennent compte dans leurs interventions.

➤ *Influence de l'âge*

La pratique d'activités physiques et sportives diminue avec l'âge, particulièrement pour ceux et celles dont la pratique était occasionnelle ; en revanche, la pratique intense est relativement peu affectée par l'âge surtout pour les femmes (MJS/INSEP, 2000). Cette décroissance existe dès l'adolescence, et s'accroît à partir de 17 ans (Oppert et al., 2005). A titre d'illustration, 90 % des 15-24 ans ont pratiqué une activité physique ou sportive en 2003, ils sont 83 % parmi les 25-44 ans, et après 65 ans, seule une personne sur quatre a une activité physique ou sportive (Muller, 2005).

La pratique en club diminue avec l'âge pour tous les adolescents, mais surtout pour les filles (pour les filles cette proportion passe de 36 % à 30 %, pour les garçons de 55 % à 52 %) (Choquet & Arvers, 2002).

Les pratiques sont variables selon l'âge, certains sports sont pratiqués quasi exclusivement par des jeunes (Muller, 2006). Certaines activités sont surtout pratiquées avant 24 ans, c'est le cas des sports de combat, du basket, du handball, du patinage, ou dans une moindre mesure de l'athlétisme et du tennis. D'autres se prolongent chez les jeunes adultes : c'est le cas du football, du rugby, de la glisse, des arts martiaux, du roller, du tennis de table. La pratique des sports collectifs diminue avec l'âge (Guilbert et Choquet, 2001). Les « seniors », pratiquent donc surtout le vélo, la natation, la randonnée pédestre, la pétanque et la gymnastique. Mais ce ne sont pas des pratiques propres aux plus de 50 ans. Elles rassemblent donc un grand nombre de pratiquants de tout âge. L'âge auquel on abandonne le sport est d'autant plus élevé qu'on est situé plus haut dans la hiérarchie sociale.

➤ *Niveau d'éducation et de revenu*

Les jeunes qui ne sont pas ou peu scolarisés font moins de sport que les adolescents scolarisés, et leur pratique s'effectue le plus souvent seul ou avec des copains mais moins souvent en club (CFES, 1998).

Parmi ceux qui sont scolarisés, les élèves de l'enseignement général pratiquent plus et participent plus à des compétitions que les élèves de l'enseignement professionnel (MJS/INSEP, 2000 ; Bazex et al., 2012). Ces résultats sont cependant biaisés par le fait que ces jeunes qui font moins d'études sont plus souvent issus d'un milieu social moins favorisé (Muller, 2003).

Ainsi, 88 % des personnes diplômées de l'enseignement supérieur ont eu une activité physique ou sportive en 2003, contre 45 % des personnes faiblement diplômées (Muller, 2005). Les sports pratiqués par les personnes diplômées sont différents et plus diversifiés (Muller, 2006). Chez les garçons comme chez les filles, la classe de seconde est le moment où la pratique sportive est la plus répandue. Par la suite, l'importance du travail scolaire est sans doute à l'origine d'un léger recul et d'autres activités prennent de plus en plus de temps aux jeunes à cet âge (Muller, 2003).

L'activité physique comporte, pour rappel, différentes composantes, comme l'activité physique liée aux loisirs dont le sport, l'activité liée au travail, aux déplacements ou encore aux tâches domestiques.

Les individus possédant un diplôme supérieur au bac font plus de sport, mais de façon surprenante, lorsqu'on considère l'activité physique dans sa globalité, ils atteignent moins souvent un niveau d'activité physique favorable à la santé (INPES, 2007). De la même façon, avoir des revenus élevés semble défavorable à la pratique d'une activité physique globale et donc favorable à la santé.

Le profil des personnes qui pratiquent le plus de sport, en haut de la hiérarchie sociale, est donc différent de celui des personnes qui ont une activité physique favorable à la santé, en bas de la hiérarchie sociale, pour lesquelles l'activité physique professionnelle joue un rôle important, avec un rapport au corps différent. Il constitue en effet un outil de travail pour les ouvriers (Schwartz, 1990).

En médecine générale, des patients qui semblent très sportifs pourront donc avoir une activité physique globale insuffisante.

On observe les mêmes corrélations chez les cadres, les personnes exerçant des professions intellectuelles supérieures, ou encore avec l'augmentation des revenus ou du niveau de vie : ces individus font plus de sport, plus souvent en club et avec des compétitions. Ceci est particulièrement vrai lorsque les sports pratiqués nécessitent un équipement coûteux ou des déplacements pour accéder aux lieux de pratique, comme pour le ski, le golf, la voile, le canoë. Cependant, les écarts de pratique selon le niveau de vie existent pour de nombreuses autres pratiques y compris dans les plus répandues comme le vélo, la natation, et la marche qui sont peu coûteuses mais augmentent tout de même avec le niveau de vie (Muller, 2006). Enfin, les populations précaires vivent dans l'urgence, et le concept d'adopter un mode de vie sain pour leur santé future n'est pas une préoccupation majeure pour elles. La précarité rend difficile pour ceux qui la subissent de penser à l'avenir (Millet & Thin, 2005).

Il faut noter que les écarts hommes-femmes s'amenuisent parmi les plus diplômés et dans les milieux les plus favorisés (Muller, 2005).

➤ *Soutien social par la famille et les amis*

Lorsque les parents font du sport ou ont fait des études supérieures (MJS, 2002), les jeunes pratiquent plus et l'écart entre les garçons et les filles se réduit. Lorsque le père est sportif, l'enfant s'inscrit en club et possède une licence plus fréquemment (Muller, 2003). Si le chef de famille est inactif ou chômeur, les enfants font moins de sport (CFES, 1998).

Dans l'autre sens, avoir des enfants en bas âge constitue un frein aux activités physiques ou sportives. Toutefois les personnes vivant en couple sont plus souvent sportives que les autres, quels que soient leur âge, leur sexe, leur situation professionnelle ou familiale (Muller, 2005).

- *Facteurs psychologiques et motivations à la pratique*

- *Motivations à la pratique*

Deux objectifs dominent chez les pratiquants d'une activité physique ou sportive (Mignon, 2008). Ce sont, d'une part, la recherche de bien-être ou de santé, le plaisir provoqué (MJS/INSEP, 2000), et d'autre part, l'affirmation de la sociabilité familiale ou amicale, le sport se pratiquant plutôt en groupe, avec des membres de la famille ou des amis. Ces motivations sont loin devant la recherche de la performance, le goût du risque, l'exemple des parents, ou les cours d'éducation physique et sportive en milieu scolaire. La pratique s'effectue le plus souvent en pleine nature, suggérant une recherche de contact avec celle-ci.

Chez les adolescents, les motivations sont similaires, la première mise en avant est le plaisir, viennent ensuite la rencontre d'amis, la santé, se muscler, gagner, maigrir, puis le fait de se sentir obligé. Les motivations des garçons et des filles diffèrent sur quelques points, les filles sont plus nombreuses à faire du sport pour maigrir, les garçons font plus fréquemment du sport pour gagner (Guilbert et Choquet, 2001). Le pourcentage de pratique pour le plaisir chez les adolescents diminue avec l'âge. Au contraire, le désir d'améliorer sa santé et celui de se muscler sont des motivations qui augmentent avec l'âge (Machard, 2003). Les jeunes qui vivent dans des communes rurales et surtout les enfants d'agriculteurs recherchent davantage à établir un lien social par le biais de la pratique d'un sport que les jeunes habitant une agglomération urbaine (CFES, 1998).

Ces motivations sont importantes à connaître pour le généraliste. Elles ne se limitent pas à l'aspect santé, et cet argument seul sera probablement insuffisant pour que le praticien persuade ses patients de pratiquer.

- *Raisons de la non-pratique*

Les raisons de la non-pratique les plus citées sont :

- L'absence d'intérêt pour le sport.
- Les problèmes de santé et le sentiment d'être trop âgé, première cause citée par les plus de 60 ans.

- Le manque de temps (INPES, 2007), avec les contraintes professionnelles, scolaires puis familiales.
- Le coût financier, il est évoqué surtout dans les milieux modestes et par les chômeurs mais loin derrière les autres raisons.
- Les difficultés d'accès aux équipements sportifs, l'éloignement, les horaires d'ouverture sont rarement cités (Muller, 2005).

L'abandon des jeunes est beaucoup plus fréquent et important que pour les adultes. Chez les jeunes, les causes en sont la concurrence d'autres centres d'intérêt, dont scolaires (Machard, 2003), et des raisons liées à la nature de l'activité elle-même (MJS, 2002) : celle-ci ne leur plaît plus ou ils n'arrivent plus à progresser, avec des difficultés techniques, il peut exister des problèmes relationnels avec les personnes les encadrant, ils peuvent se sentir délaissés, ou ne pas aimer les compétitions (Bazex et al., 2012). En vieillissant, le motif de manquer de temps dépasse celui des caractéristiques liées à l'activité.

Pour le choix du sport, l'adolescent est initialement influencé par ses parents, puis avec l'âge, devient plus sensible à l'opinion de ses pairs.

La précocité de la pratique et le plaisir ressenti dans l'enfance ou l'adolescence sont des facteurs de moindre abandon à l'âge adulte.

Le coût et l'accessibilité des lieux d'activité physique, leur sécurité, sont également cités (Oppert et al., 2005). Les filles sont plus sensibles aux contraintes matérielles comme l'existence de transports.

Le poids des habitudes a un rôle non négligeable en matière d'activité physique, il s'agit de modifier les comportements (déplacements à pied, prendre les escaliers au lieu des ascenseurs ou escalators, etc.). Ceux-ci dépendent initialement de la motivation et d'une intention personnelle, puis, avec le temps, des automatismes s'installent, que ce soit en faveur ou non de la pratique d'une activité physique (Godin, 1991).

Lorsqu'on souhaite augmenter l'activité physique des individus, ces difficultés qui émanent des patients ne peuvent pas être ignorées, elles sont à rechercher, et une fois identifiées, il sera plus facile de travailler dessus afin de les contourner, que ce soit pour les autorités de santé ou les médecins en consultation.

- *Déterminants environnementaux*

L'environnement influence la décision de pratiquer une activité physique à travers les moyens de déplacement, les équipements sportifs, leur sécurité et leur accessibilité (Oppert et al., 2005). La qualité de l'aménagement urbain et une faible distance séparant de la destination peuvent inciter à se déplacer à pied ou à vélo (Edwards & Tsouros, 2009).

Maintenant que nous avons fait un premier état des lieux et détaillé les déterminants des pratiques, où en sommes-nous des campagnes incitant à la pratique ?

3) La promotion des activités physiques et sportives

Deux types d'approche complémentaires visent à améliorer la santé (Le Scanff, 2007) :

- Les interventions individuelles, comme par exemple l'intervention des professionnels de santé dont les médecins généralistes.

- Les interventions populationnelles, qui ciblent un plus grand nombre de personnes avec les campagnes auxquelles nous allons nous intéresser dans un premier temps.

Nous verrons donc dans un premier temps quelles sont les interventions populationnelles et quelles sont leurs faiblesses, puis, dans un second temps, nous aborderons les approches individuelles via les professionnels de santé et de l'activité physique.

3-1) Les interventions populationnelles

- *Rappels historiques*

a) L'éducation physique et sportive en milieu scolaire

L'école est un lieu important pour la promotion de l'activité physique, l'éducation physique y est une discipline obligatoire depuis la fin du XIX^e siècle. C'est le décret du 3 février 1869 de Victor Duruy qui rend obligatoire la gymnastique pour les garçons, suivi de la loi George du 27 janvier 1880 pour en renforcer l'application.

Cette obligation mettra cependant du temps à être respectée pour les filles. Il est important de préciser ici l'histoire de l'éducation physique et sportive en milieu scolaire. C'est cette évolution importante de l'enseignement des activités physiques et sportives qui accompagne la massification de la pratique sportive chez les femmes, elle n'est alors plus réservée à une jeunesse masculine privilégiée. En effet, au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle, deux évolutions ont marqué le parcours des femmes. Tout d'abord, l'enseignement secondaire s'est démocratisé et développé, et, d'autre part, Maurice Herzog a mis en place une politique sportive tournée vers la jeunesse, et, à partir de 1958, le sport fait partie de l'éducation physique et sportive pour les filles et les garçons (Henaff-Pineau, 2012). La finalité n'est plus militaire ou hygiéniste visant à améliorer la condition physique, mais elle s'ouvre à la pratique sportive (Perrin, 2003).

Plus récemment, ce sont des objectifs sanitaires qui émergent, avec d'ailleurs une remobilisation pour la santé dans le programme du CAPES, avec un item « Education à la santé et prévention par la pratique physique en milieu scolaire » (programme 2014 de la session éducation physique et sportive du CAPES). L'éducation physique scolaire s'est également ouverte à des dimensions plus psychologiques ou sociales, elle vise l'épanouissement de l'élève et l'expérience de la relation à l'autre (Perrin, 2003).

b) Les débuts de la promotion de l'activité physique

Depuis les années cinquante, les préoccupations liées à la santé ont évolué, ce ne sont plus uniquement les maladies infectieuses, mais également les risques et pathologies liés à nos modes de vie qui prennent une place de plus en plus importante (Berlivet, 2004). Les actions de prévention des autorités sanitaires proposent des modes de vie et de consommation, avec l'aide de relais sur le terrain et s'inscrivent dans le quotidien des individus (Bouchayer, 1984).

La médecine hygiéniste naît au XIX^e siècle et en 1924 l'Office national d'hygiène sociale se développe avec parallèlement la constitution d'organismes privés chargés d'éduquer le public : La Société Scientifique d'hygiène alimentaire et d'alimentation rationnelle en 1904, la Ligue Nationale contre le Cancer en 1918.

Par la suite, le Centre National d'Education Sanitaire naît en 1945 (Tondeur & Baudier, 1996), le CFES, Comité Français d'Education pour la Santé, lui succède en 1972. L'INPES, Institut National de Prévention et d'Education Pour la Santé, créé par la loi du 4 mars 2002, s'y substituera par la suite.

Bien que les conséquences néfastes du manque de pratique soient connues depuis l'Antiquité, le développement de l'activité physique n'a été inscrit explicitement dans les politiques de santé que récemment, comme en témoignent les campagnes à travers les médias (affiches, campagnes télévisuelles) ou les recommandations de l'INPES.

Le Ministère de la Jeunesse et des Sports a créé en 1978 un département « Sport pour tous » en faveur des activités physiques de loisir. La loi Avice n° 84-610 du 16 juillet 1984, relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives, dans son article premier insiste sur l'accessibilité à tous des activités physiques et sportives et l'importance de leur développement. La santé n'occupe cependant pas une place centrale avant 1996 où un objectif de santé apparaît enfin (INSERM, 2008).

Les campagnes de promotion de l'activité physique seront également tardives, surtout si on les compare à celles d'autres préventions. En effet, les campagnes ciblant d'autres comportements de santé tels que le tabagisme ou la consommation excessive d'alcool ont été plus précoces. A titre d'exemple, la première campagne audiovisuelle contre le tabagisme a été diffusée en 1976 (Berlivet, 2004). L'activité physique doit attendre 2004, soit vingt-huit années plus tard, pour être encouragée au travers d'une campagne audiovisuelle. Elle fait l'objet d'un communiqué de presse le 11 février 2004, de l'INPES et de la Direction Générale de la Santé que je mets en annexe (annexe 3). Concernant l'alimentation, les campagnes ont débuté en 2001 avec « Manger au moins 5 fruits et légumes par jour protège votre santé », elles précèdent là encore celles de l'activité physique.

- *Les interventions actuelles*

Sur le plan international, la Charte de Toronto de 2010 invite tous les pays à faire de l'activité physique une priorité, en intensifiant leur engagement social et politique. Elle sert de cadre à l'élaboration de mesures et à la création de partenariats entre les différents secteurs et avec les collectivités.

Il semble exister un accord international sur le niveau d'activité physique recommandé. L'OMS et d'autres organismes internationaux préconisent au moins trente minutes d'activité physique modérée tous les jours si possible, ou au moins cinq jours par semaine (OMS, 2006). Ce niveau souhaité est le même que ce soit aux Etats-Unis (NIH, 1995), en Australie (The Royal Australian College of General Practitioners, 2009), ou en France (InVS, 2007). Cette durée de trente minutes quotidiennes peut être fragmentée en périodes de dix minutes minimum (Gallois et al., 2006).

Mais quelles sont les actions menées actuellement en France ?

Le Programme National Nutrition Santé

La campagne de promotion de l'activité physique en France s'inscrit dans le cadre du PNNS (Programme National Nutrition Santé) mis en place par le Ministère chargé de la Santé en 2001. Il a été prolongé en 2006 puis en 2011. Cette 3^{ème} édition se veut plus orientée sur l'activité physique. Le PNNS fournit un cadre, des outils et mobilise de nombreux acteurs. Le Haut Conseil de Santé Publique fixe, entre autres, comme objectif l'augmentation de l'activité physique à tout âge, et la lutte contre la sédentarité chez les enfants et adolescents. Ces objectifs sont repris dans la Loi relative à la politique de Santé Publique du 9 août 2004, avec pour but l'augmentation de 25 % de la proportion d'adultes suivant les recommandations (Oppert et al., 2005). Ses actions visent à informer, éduquer, afin d'inciter à avoir une activité physique, en agissant sur l'environnement et formant les professionnels qui pourraient participer. Il doit s'auto-évaluer. Il vise aussi à développer l'activité physique et le sport avec des activités adaptées aux personnes les plus vulnérables (âgées, malades, handicapées, ou défavorisées). Il souhaite actualiser la formation initiale destinée aux médecins (PNNS 2011-2015). Depuis fin 2004, les actions entreprises mises en place dans les municipalités dans le cadre du PNNS sont soutenues par la Charte des villes actives du PNNS.

Le PNNS propose des outils, avec un guide sur l'activité physique « La santé vient en bougeant » destiné au public et aux professionnels de santé, qui est disponible auprès de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) en complément du guide alimentaire pour tous « La santé vient en mangeant » (Oppert et al., 2005).

D'autre part, le PNNS met à disposition du grand public et des professionnels le site mangerbouger.fr, il en constitue une vitrine. Il donne des informations générales en matière de repères nutritionnels et des supports d'information pour les professionnels (plaquettes, affiches, etc.) (IGAS – CGAAER, 2010).

En 2004, le message de prévention de pratique d'activité physique de 30 minutes par jour a bien été retenu par la population générale, mieux que les informations concernant l'alimentation. 48 % des personnes interrogées se sont senties incitées à changer leur comportement (Castetbon et al., 2011). On ne sait cependant pas si cela se traduira par la suite par une augmentation réelle de leur activité physique.

Le PNNS constitue donc la principale action soutenue par l'INPES pour promouvoir l'activité physique.

Les autres initiatives

Depuis le 27 février 2007, des messages sanitaires accompagnent les publicités pour les aliments et boissons à la télévision, la radio, dans les journaux, et sur les affiches ou certaines brochures de la grande distribution, mesure issue de la loi de santé publique d'août 2004. Mais cette communication est paradoxale car ce sont les publicitaires eux-mêmes qui la financent.

L'expertise collective de l'INSERM de 2008, faite à la demande du Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, constitue un aboutissement des récentes études et témoigne de l'intérêt croissant pour l'activité physique.

Des prises de position récentes

L'Académie Nationale de Médecine recommande, en 2012, une prescription, dans un contexte médical, ou dans le cadre de mesures de prévention primaire, sur une ordonnance rédigée selon les règles de toute prescription médicamenteuse et expliquée au patient, avec le détail des activités physiques à poursuivre : la nature, le contexte de la pratique, l'intensité, la durée et la fréquence des séances, les mesures associées, le suivi et les contrôles médicaux à observer. Elle propose également une surveillance médicale du sujet adoptant un programme d'activités physiques et sportives de base avec une consultation médicale annuelle programmée auprès du médecin traitant référent (Bazex et al., 2012).

Valérie Fourneyron, ministre des Sports, de la Jeunesse, de l'Education populaire et de la Vie associative, a fait, en décembre 2012 un discours aux directeurs généraux des agences régionales de santé, en définissant ses priorités parmi lesquelles la promotion du sport comme source de santé et de bien-être et la réduction de ses inégalités d'accès. Elle considère également le sport comme une thérapeutique à part entière (Fourneyron, 2012).

On remarquera, au final, la multiplication récente des actions en faveur de la promotion de l'activité physique.

- *Derrière l'effervescence, quelles critiques ?*

Dans le PNNS, le thème de l'activité physique n'a pas été suffisamment mis en valeur, son importance n'est pas soulignée et les objectifs ne sont pas hiérarchisés. Sa place reste marginale par rapport à celle de l'alimentation et elle n'a pas été assez intégrée dans la démarche d'ensemble. Il en manque également des applications concrètes (IGAS – CGAAER, 2010), et ce malgré une meilleure considération dans le PNNS 2011-2015. Au total, même si le grand public a bien entendu les campagnes promouvant l'activité physique, peut-être parce qu'il s'agit d'un nouveau sujet pour lui, ce thème semble rester secondaire par rapport aux autres préventions.

Sur le site mangerbouger.fr, consulté le 25 avril 2013, on peut trouver une série de questions pour évaluer son activité physique (www.mangerbouger.fr/bouger-plus/comment-bouger-plus-au-quotidien/diagnostic-activite-physique.html). Cette évaluation est basée sur le questionnaire de Ricci et Gagnon que je détaille en annexe (annexe 4). Elle est cependant insuffisante. En effet, une personne qui pratiquerait régulièrement une activité physique de 31 à 45 minutes une fois par mois, avec un effort qu'il estimerait moyen aurait d'emblée une activité physique considérée comme suffisante même s'il n'en pratique aucune autre de façon quotidienne. Or cela serait bien en deçà des recommandations, ce test peut donc faussement rassurer.

Les guides et outils élaborés pour l'activité physique sont sous-développés par rapport à l'approche alimentaire.

La carte proposée sur ce même site pour trouver une activité physique proche de chez soi ne propose qu'une seule activité au cours du mois suivant en région parisienne (à Etampes) qui consiste à aller observer et photographier des insectes pendant deux heures. Cet outil n'a donc presque aucun intérêt actuellement.

Le questionnaire d'estimation de son activité physique proposé par le guide « La santé vient en bougeant, le guide nutrition pour tous » proposé par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) est inadapté pour répondre à la question « Faites-vous suffisamment d'activité physique ? ». Les réponses « souvent », « occasionnellement » et « jamais » ne permettent pas de résumer la complexité possible des emplois du temps de chacun et il manque les notions de durée et de fréquence des pratiques qui sont au fondement des recommandations (INPES, 2004).

Enfin, le site mangerbouger.fr ne propose pas d'outil interactif, il n'y a pas de possibilité d'échanges ni d'expression (IGAS – CGAAER, 2010).

Un autre exemple du déséquilibre de l'intérêt accordé à l'activité physique comparé aux autres préventions, particulièrement à l'approche diététique, est celui des Réseaux Diabète français. Une étude montre en effet que l'activité physique apparaît moins prioritaire que le suivi diététique et que la prise en charge médicamenteuse malgré l'émergence d'un nouveau groupe de professionnels : les éducateurs médico-sportifs, recrutés depuis 1999. Les consultations de diététique sont proposées dans neuf réseaux sur dix alors que les séances d'activité physique le sont dans un réseau sur deux, et un bilan individuel des pratiques physiques est réalisé dans moins de un réseau sur quatre (Perrin et al., 2008).

3-2) Les interventions individuelles : les professionnels

Ciblant les professionnels de santé, la HAS (Haute Autorité de Santé) a émis en 2003 une recommandation concernant le surpoids et l'obésité chez les enfants et adolescents. Elle a été réactualisée en 2011 (annexe 5).

Elle a, par la suite en septembre 2011, mis à disposition des médecins une recommandation concernant le surpoids et l'obésité de l'adulte et sa prise en charge médicale de premier recours. Celle-ci propose de manière très succincte une activité physique modérée d'au moins 150 minutes par semaine, voire 300 minutes par semaine pour en retirer un bénéfice supplémentaire, mais sans réel conseil concret associé. Au final, les outils proposés pour les médecins concernant l'activité physique sont peu nombreux. Il n'y a pas pour le moment d'autres recommandations sur le site de la HAS.

Sur le site de l'INPES, le thème de l'activité physique est sous-développé par rapport aux autres thèmes proposés, que ce soit le tabagisme ou l'alimentation, aussi bien pour les professionnels que pour le grand public.

- *Le problème de la formation du médecin généraliste*

Cet intérêt encore trop faible pour le thème de l'activité physique se traduit également par une carence dans la formation médicale.

Il existe un item « Sport et santé. Aptitude aux sports chez l'enfant et chez l'adulte. Besoins nutritionnels chez le sportif » pour les épreuves classantes nationales (Bulletin Officiel n°23 du 7 juin 2007 du Ministère de l'Education Nationale, 2007). Il prévoit l'enseignement de l'examen d'aptitude à la pratique sportive, l'exposition des bénéfices et inconvénients de la pratique, des besoins nutritionnels chez les sportifs, et d'argumenter les précautions et contre-indications à la pratique sportive intense. Le détail de cet item ne prévoit donc pas d'enseigner comment évaluer et conseiller les patients qui ne pratiquent pas suffisamment. Il privilégie surtout les patients qui pratiquent déjà et semble donc incomplet et insuffisant. Le contenu est le même sur le dernier bulletin officiel n°20 en date du 16 mai 2013 du Ministère de l'Education Nationale.

La formation est donc quasiment inexistante et ne permet pas d'acquérir les compétences nécessaires (Pène & Toutou, 2009). Le PNNS mentionne mais ne développe pas assez cette formation, elle ne propose que peu d'actions concrètes (IGAS – CGAAER, 2010). Le PNNS 2011-2015 est donc également destiné aux professionnels de santé mais il n'en est fait que très peu mention dans le document.

Les formations médicales continues entrant dans le concept récent de développement professionnel continu se soucient encore peu de l'activité physique. Les différents organismes, dont j'ai visité le site internet ou que j'ai contacté ne semblent pas, en 2013, proposer l'activité physique comme thème spécifique de formation. Il ne fait pas partie des sujets abordés par la Société Française de Médecine Générale (SFMG). L'organisme MG Form propose une formation en médecine du sport pour le certificat d'aptitude et les pathologies fréquentes rencontrées, ainsi que d'autres formations sur le sujet de la nutrition (citant l'activité physique) ou de la prise en charge alimentaire exclusivement.

Il existe des formations spécifiques concernant les modes de vie alimentaires, mais pas encore sur l'insuffisance d'exercice physique.

Le programme 2013 de la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) ne prévoit pas d'item concernant l'activité physique ni la nutrition (par contre l'alcoolisme et le frottis cervico-vaginal sont abordés). L'activité physique est, par contre, citée dans le détail de la formation sur la stratégie thérapeutique dans le diabète de type 2, au même titre que l'approche alimentaire.

Le programme du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) ne prévoit pas non plus d'item sur l'activité physique.

- *Les professionnels de l'activité physique*

L'enjeu de l'activité physique et sa complexité imposent de s'appuyer sur des professionnels qui possèdent des compétences sur le sujet, mais les généralistes n'en disposent pas suffisamment. Alors sur qui peuvent-ils compter ?

La Haute Autorité de Santé (HAS) rappelle à travers ses recommandations qu'il existe des professionnels en matière d'activité physique (HAS, 2011) :

- Les enseignants en éducation physique et sportive responsables des séances obligatoires au collège et au lycée, les associations sportives scolaires, en complément des enseignements obligatoires.
- Les éducateurs sportifs interviennent dans les clubs et associations sportives, ils sont spécialistes de leur discipline sportive mais ont peu de notions sur la santé.
- Les enseignants en activités physiques adaptées : ils ont une formation universitaire et proposent un encadrement dans le domaine de la santé grâce à des activités physiques et sportives adaptées aux personnes. Ils réalisent et évaluent des programmes de réadaptation et d'intégration par le biais d'une activité physique adaptée.

Les éducateurs médico-sportifs, dont la profession a été créée à la fin des années quatre-vingt-dix, ont pour but d'aider les patients à modifier leur rapport à l'activité physique et à les conduire vers une prise en charge autonome et durable de leurs activités physiques quotidiennes. Ce sont des enseignants en activités physiques adaptées formés à l'éducation thérapeutique. En plus de leurs connaissances spécifiques en matière d'activité physique, ils ont dû compléter leur formation en approfondissant leurs connaissances médicales et en travaillant les techniques de communication avec le patient. La création de l'Association Des Educateurs Médico-Sportifs (ADEMS) en 2005, témoigne du souhait d'une reconnaissance statutaire de ce métier, dont l'issue reste fragile et incertaine (Chantelat & Perrin, 2009). En effet, cette profession d'éducateur se mélange avec de multiples autres intervenants et les rôles sont encore mal définis (Bertsch, 2009).

3-3) *Des exemples d'actions récentes*

- Le programme EPODE : Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants, élaboré en 2004, rebaptisé VIF : vivons en forme, implique 250 villes, c'est un programme de prévention initié, coordonné et animé par l'association Fleurbaix Laventie Ville Santé (FLVS). Son objectif est de prévenir l'obésité chez l'enfant, de garantir la santé et le bien-être de tous et de contribuer à réduire les inégalités sociales de santé en matière d'alimentation et d'activité physique. Cette association, qui engage des actions avec l'aide des municipalités, est cependant financée par l'industrie agro-alimentaire. Ce soutien par des entreprises privées soulève des controverses quant à l'indépendance de leurs actions.
- Les réseaux REPOP : réseaux pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie, constitués entre 2002 et 2004 en Aquitaine, Ile-de-France, Franche-Comté, Rhône-Alpes et Midi-Pyrénées, ces réseaux incluent les professionnels après formation et proposent des ateliers au public, afin de développer l'éducation thérapeutique en dehors de l'hôpital. Son financement est public grâce aux URCAM, aux ARS (Agences Régionales de Santé), et à la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins).

- Association EFFORMIP : la santé par la forme et l'effort en Midi-Pyrénées, elle propose des formations pour les professionnels de la santé depuis 2006 et des activités physiques diverses. Son financement se fait également avec des fonds publics.
- Dans la région Champagne Ardenne, le GRSP (Groupement Régional de Santé Publique) a pour mission de mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le Plan Régional de Santé Publique. Pour cela, il propose des bilans médico-sportifs et oriente vers des éducateurs sportifs, avec l'UTEP : unité transversale d'Education du Patient du Centre Hospitalier de Charleville-Mézières. Il perçoit une rémunération forfaitaire expérimentale de l'ARS.
- La ville de Strasbourg lance le sport gratuit sur ordonnance médicale pour les personnes souffrant de diabète, de surpoids, ou de problèmes cardiaques, avec l'aide de médecins généralistes volontaires, ces personnes pouvant alors pratiquer vélo, marche à pied, gymnastique douce, aviron ou athlétisme, par l'intermédiaire d'un éducateur sportif de la ville (Bilhaut, 2012). Le financement est fait par la municipalité, et l'initiateur est un médecin généraliste qui a des engagements politiques, ce qui fait de ce projet une forme de vitrine politique pour la municipalité.
- La ville de Besançon organise des activités sportives : « Vital'été », dans un but de santé, elles sont gratuites, organisées pendant les vacances scolaires d'été, récemment étendues aux autres congés scolaires, accessibles à tous, y compris aux handicapés, favorisant ainsi la mixité, avec également des ateliers promouvant la santé. Ce projet est financé par la ville, la CAF et par l'Etat.

Les financements de ces programmes sont donc essentiellement publics, mis à part le programme EPODE financé par l'industrie agro-alimentaire, ce qui lui a valu de nombreuses critiques.

Mais quel est l'impact de ces interventions ? Les études sur ce sujet sont encore assez peu nombreuses, surtout en France.

On peut cependant citer le projet ICAPS en Alsace. C'est un essai d'intervention randomisé. 1048 collégiens ont été suivis pendant 4 ans, dont la moitié a bénéficié d'une intervention. Cette intervention était composée d'activités pendant la pause déjeuner et en périscolaire, de séances de réflexion et de débats sur l'activité physique et la sédentarité, de journées évènementielles, de séances d'informations des parents avec l'aide des élèves et d'actions de la part des enseignants pour renforcer le message. Des questionnaires ont été remis aux collégiens, ils portaient sur leurs habitudes de vie, leurs activités physiques et sur le temps qu'ils ont passé devant un écran. Tous les ans, leurs poids, taille, masse grasse, et pression artérielle ont été mesurés, et ils ont eu un bilan biologique tous les deux ans. Après 2 ans, la proportion d'adolescents pratiquant régulièrement une activité physique structurée régulière en dehors des cours scolaires d'éducation physique et sportive était de 87 % alors qu'elle n'était que de 62 % chez ceux n'ayant pas fait l'objet d'une intervention (témoins). Ils étaient également plus nombreux à se rendre à pied ou à vélo à l'école, et ont diminué le temps passé devant un écran. Les indicateurs de santé se sont également améliorés dans ce groupe (Simon et al., 2007).

4) *Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : que sait-on ?*

Le médecin généraliste est théoriquement un allié essentiel dans le domaine de la nutrition incluant la notion d'activité physique. Il a en effet une place privilégiée auprès de ses patients dont il connaît les caractéristiques. De plus, il n'existe pas d'organisation systématique pour prendre en charge ce mode de vie, il n'y a pas d'interlocuteur désigné pour ces patients, ils sont donc renvoyés au généraliste (IGAS, 2003).

Cette place centrale attribuée au médecin généraliste n'est pas spécifique à l'activité physique mais concerne également d'autres soins préventifs tels que le tabagisme (Franco, 2003) ou la consommation excessive d'alcool (INSERM, 2003), où il est réputé être le mieux placé pour la prise en charge des patients concernés.

D'autre part, depuis la loi du 13 août 2004 n°2004-810 relative à la réforme de l'Assurance maladie et à la santé publique, les médecins généralistes sont désignés comme médecins traitants par leurs patients, ils sont placés au cœur du système de soins primaires. Ils ont également une plus grande responsabilité en termes de santé publique.

Dans la réalité, la situation est souvent différente. D'une part, le généraliste peut se trouver démuni devant ce problème pour lequel il n'a pas été nécessairement formé, d'autre part, ce type de suivi lui prend du temps et n'est pas rémunéré de façon spécifique (IGAS, 2003).

Mais quel est le rôle du généraliste en matière d'éducation à la santé ? Est-il légitime pour lui d'intervenir et de donner des conseils d'hygiène de vie notamment en ce qui concerne l'activité physique ?

Les études concernant la pratique des médecins généralistes quant à la prise en charge de l'activité physique sont encore peu nombreuses dans le monde et sont même quasiment inexistantes en France.

4-1) *Les études dans le monde*

Les résultats décrits ci-dessous sont issus d'études réalisées à l'étranger, dont le Canada, l'Australie, les Etats-Unis, le Royaume-Uni, et la Nouvelle-Zélande. Je n'ai pas trouvé d'étude de l'ampleur de celles-ci réalisée en France.

J'ai recherché des articles à l'aide de la base de données Pubmed à partir des différents mots-clés suivants :

- Physical activity, exercise
- Assessing, assessment, counseling, prescription
- General practice, family practice, primary care

J'ai retenu les articles qui me semblaient le plus adaptés à mon travail, j'en fais ci-dessous un tableau récapitulatif.

Tableau 2 : Récapitulatif des études internationales citées dans mon travail

Etudes	Pays	Méthodologie	Résultats
Winzenberg et al., 2009 “ <i>Assessing physical activity in general practice : a disconnect between clinical practice and public health ?</i> ”	Australie	Etude qualitative Réalisée en 2007 15 entretiens Médecins généralistes	Les médecins généralistes ciblent les patients avec qui ils parlent de l’activité physique Obstacle : manque de temps en consultation
Petrella et al., 2007 “ <i>Physical activity counseling and prescription among Canadian primary care physicians</i> ”	Canada	Etude quantitative Réalisée en 2001 13166 questionnaires Médecins de famille	85 % demandent le niveau d’activité des patients 10,9 % adressent 69,8 % donnent des conseils oraux 15,8 % font une prescription écrite
Walsh et al., 1999 “ <i>Exercise counseling by primary care physicians in the Era of managed care</i> ”	Etats-Unis	Etude quantitative 175 questionnaires Internistes, praticiens de famille (dont résidents)	2/3 interrogent, 43 % conseillent, 14 % prescrivent à plus de 50 % de leurs patients Médecins de famille demandent et conseillent plus que les internistes Obstacles : temps, expérience pour les conseils techniques
Carroll et al., 2011 “ <i>Evaluation of physical activity counseling in primary care using direct observation of the 5As</i> ”	Etats-Unis	Observations directes et enregistrements audios de 361 consultations, Codage Etude quantitative	Les praticiens évaluent peu si le patient est prêt à changer ses habitudes, les patients sont souvent ambivalents, la mention de recommandations spécifiques est quasiment absente
Smith et al., 2005 “ <i>Screening for physical activity in family practice, evaluation of two brief assessment tools</i> ”	Australie	Réalisée en 2004 Médecins de famille Questionnaires patients	Les évaluations d’activité physique sont réalisables pour identifier les patients les moins actifs Mais les questionnaires de l’étude ne sont pas assez fiables surtout pour les personnes ayant une activité physique modérée
Marshall et al., 2005 “ <i>Reliability and validity of a brief physical activity assessment for use by family doctors</i> ”	Australie	Médecins de famille et patients	Un outil d’évaluation brève classe correctement les patients dans le groupe ayant suffisamment d’activité physique dans 76 % des cas, mais classification en AP modérée ou vigoureuse non significative

Eakin et al., 2007 <i>“General Practitioner Advice on physical activity – who gets it?”</i>	Australie	Etude quantitative transversale Réalisée de 2001-2003 Questionnaires patients	24,2 % ont reçu un conseil, ce sont surtout des hommes, des personnes en surpoids ou obèses, avec des maladies chroniques ou consultant plus souvent leur généraliste
Wee et al., 1999 <i>“Physician counseling about exercise”</i>	Etats-Unis	Etude réalisée en 1995, étude supplémentaire en 2000 Questionnaires patients	34 % ont été conseillés lors de leur dernière visite, surtout les femmes, les patients plus âgés, ceux en surpoids, obèses ou avec une maladie cardiaque, ou ceux aux revenus plus élevés
Lawlor et al., 1999 <i>“Increasing population levels of physical activity through primary care: GPs’ knowledge, attitudes and self-reported practice”</i>	Angleterre	Etude quantitative Réalisée en 1997 Questionnaires 174 médecins généralistes	Les généralistes ont un bon niveau de connaissance des bénéfices de l’activité physique et du niveau nécessaire pour y arriver, mais n’en font pas la promotion de façon suffisante pour avoir un effet sur la population
Kennedy & Meeuwisse, 2003 <i>“Exercise counselling by family physicians in Canada”</i>	Canada	Etude transversale Médecins de famille 330 questionnaires	58,2 % pensent que < ¼ des patients suivront leurs conseils. 42 % estiment avoir des connaissances modérées 11,8 % conseillent plus des ¾ des patients bien que 43,3 % estiment devoir le faire Obstacles : temps et formation
Abramson et al., 2000 <i>“Personal exercise habits and counseling practices of primary care physicians: a national survey”</i>	Etats-Unis	Etude transversale Questionnaires 298 médecins de soins primaires (médecins de famille, pédiatres, gériatres, internistes)	Les médecins pratiquant un exercice régulier conseillent plus leurs patients. Les médecins de famille et internistes conseillent plus souvent Obstacles : temps, formation et expérience insuffisants
Sherman & Hershman, 1993 <i>“Exercise counselling: How do general Internists do ?”</i>	Etats-Unis	Etude transversale 422 internistes de soins primaires	Le peu d’efficacité ressentie des conseils, le manque de conviction sur ses bénéfices, l’âge du praticien < 40 ans, et une fréquence cardiaque plus élevée au repos sont associés à un conseil moins fréquent

Williford et al., 1992 <i>“A survey of physicians’ attitudes and practices related to exercise promotion”</i>	Etats-Unis Alabama	168 questionnaires Médecins (75 % de médecins de famille et internistes)	48 % des médecins interrogent leurs patients lors du 1er examen, 91 % encouragent à avoir des exercices réguliers, 70 % ne développent pas leur prescription, 23 % sont familiers avec les recommandations, 78 % aimeraient une formation sur l’exercice physique
Bull et al., 1997 <i>“How can and do Australians doctors promote physical activity ?”</i>	Australie	789 questionnaires Médecins de famille Etude quantitative	La marche est la plus recommandée Praticiens moins à l’aise pour des conseils spécifiques (manque de formation, d’expérience) 1 ^{ère} barrière : manque de temps
Petrella & Lattanzio, 2002 <i>“Does counseling help patients get active ? Systematic review of the literature”</i>		Revue de la littérature	Relations positives entre les conseils et les résultats obtenus Effet à long terme non connu Aucun instrument fiable d’évaluation n’a été trouvé
Eden et al., 2002 <i>“Does counseling by clinicians improve physical activity ? A Summary of the evidence”</i>		Revue de la littérature 8 essais 9054 adultes	Difficulté méthodologique d’évaluation rigoureuse de l’activité physique, études non concluantes sur l’efficacité du conseil pour augmenter l’activité physique
Elley et al., 2003 <i>“Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomized controlled trial”</i>	Nouvelle-Zélande	Essai randomisé contrôlé (« prescription verte ») Etude longitudinale Suivi de 12 mois	Augmentation de la dépense énergétique totale, 34 min/sem de plus d’exercices de loisirs par rapport au groupe contrôle (augmentation 9,7 %) Diminution non significative de la pression artérielle
Orrow et al., 2012 <i>“Effectiveness of physical activity promotion based in primary care :systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials”</i>		Revue de 15 essais randomisés contrôlés (promotion de l’activité physique chez des adultes en soins primaires, avec un suivi \geq 12 mois)	La promotion peut augmenter significativement l’activité physique auto-évaluée à 12 mois, cette relation positive a été retrouvée dans 11 études, dont 6 avec des résultats significatifs

Je vais donc reprendre les données issues des études et citées dans ce tableau pour proposer une synthèse. Je vais dans un premier temps voir dans quelles conditions les généralistes parlent de l'activité physique avec leurs patients et comment ils l'évaluent. Je préciserai ensuite quels patients ils ciblent, puis les obstacles qu'ils rencontrent. Enfin, je ferai un résumé des conseils qu'ils délivrent et des études d'efficacité de ces approches préventives par l'activité physique.

a) En parler et évaluer

Les recommandations préconisent d'évaluer l'activité physique des patients, pourtant ce n'est pas réalisé de façon systématique (Winzenberg et al., 2009). Les médecins généralistes estiment qu'ils posent souvent la question aux patients (Petrella et al., 2007), les études montrent que deux tiers (Walsh et al., 1999) à 90 % (Carroll et al., 2011) d'entre eux questionnent régulièrement leurs patients quant à leur niveau d'activité physique. Cependant, ce premier abord est limité, les détails demandés ne sont pas suffisamment développés pour approfondir le sujet et conseiller le patient. Le praticien se préoccupe rarement de savoir si le patient est prêt à changer son mode de vie et lorsque celui-ci est ambivalent, c'est à dire qu'il comprend l'importance de l'activité physique mais ressent encore des réticences à la mettre en place, le médecin saisit rarement cette opportunité (Carroll et al., 2011).

Les médecins généralistes font surtout une évaluation orale. Ils ont besoin d'une amorce pour parler de l'activité physique, par exemple un facteur de risque cardio-vasculaire, une raison médicale, ou la prise des mensurations. L'évaluation des médecins généralistes inclut la fréquence, l'intensité, et la durée de l'activité de l'activité physique, même s'ils ne couvrent pas toutes ces variables. Ils recherchent également d'autres informations comme les facteurs sociaux, les préférences du patient en matière d'exercice, les conditions médicales d'aptitude à l'activité, et les facteurs potentiels susceptibles de les encourager pour augmenter leur activité. Les praticiens adaptent leur évaluation au patient, à son histoire médicale, et aux circonstances, ils sont conscients de la subjectivité de leur approche (Winzenberg et al., 2009).

Seulement 26,2 % évaluent la forme physique du patient au cours de l'examen physique avec l'aide d'un test, la nature de celui-ci reste cependant imprécise, il peut s'agir de tests physiques comme par exemple des épreuves d'effort ou la mesure de la VO2 maximale (consommation maximale de dioxygène) difficilement réalisable en ville, ou de tests plus simples tels que le test de Ruffier-Dickson. Ce type d'évaluation est plus fréquent si le médecin est un homme de plus de 55 ans. Les médecins femmes et les plus âgés questionnent plus souvent le patient sur son niveau d'activité (Petrella et al., 2007).

Nous voyons donc bien l'hétérogénéité et la subjectivité de toutes ces évaluations. Elles nous rappellent qu'il manque un outil efficace, fiable et valide d'évaluation pour identifier les patients qui ont besoin d'une intervention en matière d'activité physique. Des études visant à créer ce type d'instrument avec une évaluation brève comportant deux ou trois questions ont permis de détecter les patients les moins actifs mais sont peu fiables pour classer les patients ayant une activité physique modérée (Smith et al., 2005 et Marshall et al. 2005).

b) Les patients ciblés par les médecins

Les médecins conseillent plus les patients qui consultent souvent (Eakin et al., 2007), même si les nouveaux patients en profitent plus fréquemment que ceux qui ont déjà été vus (Winzenberg et al., 2009).

Les études ne s'accordent pas sur le fait de conseiller plus souvent les hommes (Eakin et al., 2007), ou les femmes (Wee et al., 1999). Les personnes plus âgées sont plus souvent conseillées, notamment entre 40 et 49 ans.

Les médecins généralistes, plutôt que d'évaluer systématiquement l'activité physique des patients, ciblent ceux à qui ils en parlent. Ce sont surtout ceux qui pourraient en retirer le plus de bénéfices, c'est à dire ceux qui ont une pathologie chronique comme les diabétiques, ou ceux qui expriment une plainte pour laquelle l'activité physique pourrait avoir un intérêt (Bull et al., 1995). Ce sont également ceux qui souffrent de surpoids, d'obésité, qui ont des pathologies ou des facteurs de risque cardio-vasculaires (Winzenberg et al., 2009). C'est dans ces conditions que les médecins ont consacré le plus de temps à leurs patients et ont recherché le plus de détails lors de leur évaluation.

Les médecins ont accordé moins de temps aux patients qui étaient le moins réceptifs à leur approche.

Une étude révèle également des différences selon les caractéristiques sociales des patients. Ceux qui ont le plus de revenus, qui ont fait le plus d'études sont plus susceptibles d'être aidés. L'origine ethnique n'a pas influencé les médecins (Wee et al., 1999).

Au final, les patients sans pathologie ou ceux qui ont un plus bas niveau socio-économique échappent plus souvent à l'intérêt des praticiens et constituent des opportunités ratées.

c) Quels obstacles ?

L'obstacle le plus fréquemment cité par les études est le manque de temps en consultation à consacrer aux patients ne pratiquant pas suffisamment d'activité physique (Winzenberg et al., 2009). Parfois, le moment ne leur semble pas opportun pour en parler (Lawlor et al., 1999).

Beaucoup de praticiens estiment que leur formation n'est pas toujours suffisante. Une étude canadienne estime que 64,8 % sont dans ce cas (Kennedy & Meeuwisse, 2003), ils en ressentent donc une insatisfaction, leur conseil ne leur paraît pas optimal. Ils aimeraient parfois être plus à l'aise pour donner des conseils techniques (Walsh et al., 1999) et regrettent leur manque d'expérience (Abramson et al., 2000). Ils aimeraient également disposer de plus d'outils pour éduquer leurs patients (Bull et al., 1995). D'ailleurs, les médecins qui estiment leurs connaissances inadéquates conseillent moins souvent leurs patients (Walsh et al., 1999).

Si on se penche sur les caractéristiques propres aux médecins, les plus jeunes de moins de 35 ans (Walsh et al., 1999), ou encore ceux qui manquent de conviction quant à l'importance de l'activité physique ou qui ont une fréquence cardiaque au repos plus élevée (Sherman & Hershman, 1993) conseillent moins souvent leurs patients. Les praticiens qui pratiquent eux-mêmes régulièrement une activité physique conseilleront plus souvent leurs patients sur les bénéfices de ces exercices (Abramson et al., 2000).

Un autre obstacle cité régulièrement vient des croyances du praticien quant à l'impact de ses conseils sur le patient. S'ils estiment avoir peu de succès ou que ce sera inefficace pour changer les habitudes de leurs patients, ils renoncent plus souvent à en parler. Ils peuvent également supposer que les patients ne sont pas intéressés (Walsh et al., 1999). Enfin, un petit nombre de praticiens (7 %) estiment que leur temps peut être mieux utilisé à conseiller à propos des autres modes de vie.

Dans une autre étude, 27 % des généralistes pensent que les patients préféreront de toute façon un traitement médicamenteux (Bull et al., 1995).

d) Les conseils des médecins en pratique

Certains outils ont été cités par les médecins généralistes dans le cadre de la prévention par l'activité physique, mais peu d'entre eux les ont évoqués et ceux-ci les utilisent peu fréquemment. Ce sont des tests d'examen physique, le podomètre, un relevé sous forme de journal, ou encore l'observation directe de leurs patients (Winzenberg et al., 2009). Ce sont donc surtout des outils d'évaluation. On peut alors se poser la question de la connaissance ou non des différents types d'outils par les médecins.

Une fois que l'évaluation a été faite, elle ne peut pas être séparée du conseil lorsque l'inactivité a été repérée. Concernant les recommandations, elles sont rarement citées comme telles par les médecins au cours des consultations (Carroll et al., 2011). Bien que moins d'un quart des médecins soient familiers avec elles (Walsh et al., 1999), le niveau d'activité qu'ils considèrent comme adéquat est cohérent avec celui des recommandations (Winzenberg et al., 2009).

Les médecins généralistes disent encourager fréquemment leurs patients à faire de l'exercice. Ils sont par contre beaucoup moins nombreux à développer leur prescription, et encore moins nombreux à adresser à un spécialiste. Il y a également un manque de référents (Williford et al., 1992). Ces prescriptions sont surtout orales et plus rarement écrites (Petrella et al., 2007). Les généralistes sont souvent plus à l'aise pour donner des conseils d'ordre général : pratiquer plus d'activité physique, plutôt que des conseils spécifiques précisant le type, la fréquence ou la durée de l'exercice (Bull et al., 1995). Ils aimeraient pour cela avoir plus de compétences, de connaissances et d'expérience (Bull et al., 1997). Les praticiens de famille ont préférentiellement recommandé la marche aux adultes sédentaires.

La majorité des praticiens (58 %) pensent que moins d'un quart des patients suivront leurs conseils. 43 % pensent qu'ils devraient conseiller plus des trois quarts de leurs patients alors qu'en pratique seuls 12 % estiment le faire (Kennedy & Meeuwisse, 2003). Leur pratique n'est donc pas en accord avec leur perception d'idéal de la pratique médicale (Bull et al., 1995).

e) En parler : quelle efficacité ?

Les études montrent souvent une relation positive entre les conseils donnés par les praticiens et le niveau d'activité physique de leurs patients, lorsque ces préconisations sont accompagnées de documents écrits et quand les médecins sont formés (Petrella & Lattanzio, 2002), mais les résultats obtenus ne sont malheureusement que rarement significatifs, notamment en raison de difficultés pour obtenir une évaluation rigoureuse du niveau d'activité physique en l'absence d'instrument fiable (Eden et al., 2002). Une revue de la littérature plus récente retrouve également une relation positive entre la promotion de l'activité physique en soins primaires et

l'activité physique auto-évaluée, significative dans environ la moitié des cas (Orrow et al., 2012), mais cette auto-évaluation reste soumise à un biais de subjectivité. Enfin, on peut noter une insuffisance de données à long terme, or c'est ce maintien de l'activité physique dans le temps qui conditionne l'efficacité préventive (INSERM, 2008).

Une étude plus récente, randomisée, un peu plus prometteuse, a été réalisée en Nouvelle-Zélande pour évaluer l'efficacité des conseils d'activité physique des médecins généralistes en soins primaires. Dans le groupe intervention, les patients recevaient une « green prescription » dont la traduction est « prescription verte », qui est définie par le Ministère de la Santé de la Nouvelle Zélande comme un conseil écrit par un professionnel de santé à un patient pour qu'il soit physiquement actif (Ministère de la Santé de Nouvelle-Zélande, 2011), avec un accompagnement intensif logistique, physique et psychologique. La consommation d'énergie totale, le profil de risque cardio-vasculaire, la pression artérielle et la qualité de vie ont été mesurés. A 12 mois, la dépense énergétique et le temps d'exercice étaient significativement augmentés dans le groupe intervention, avec une amélioration des scores de qualité de vie. L'étude n'est malheureusement pas significative sur les paramètres cardio-vasculaires même si l'intervention semble induire une diminution de la tension artérielle (Elley et al., 2003).

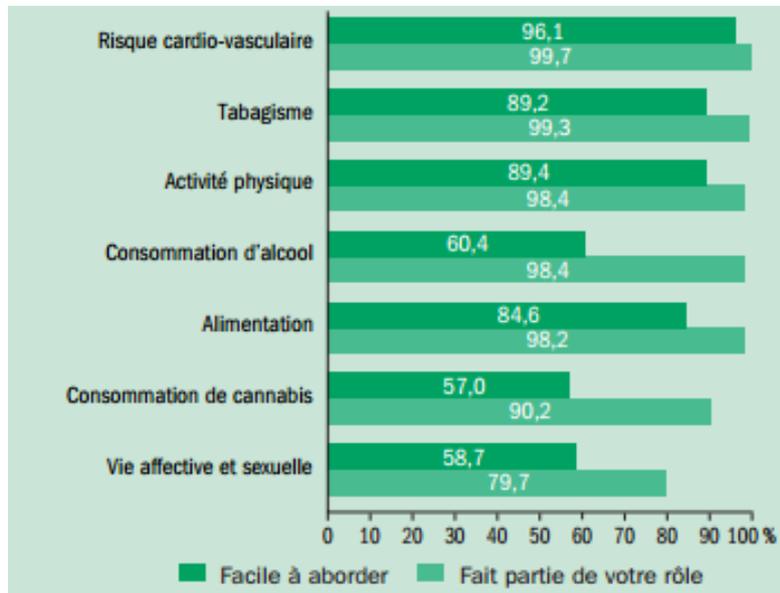
Au total, l'intervention du médecin généraliste peut être efficace et le bénéfice attendu, même modéré, pourrait avoir des répercussions en terme de santé publique (Gallois et al., 2006). Mais ces études ne permettent pas de déterminer quel type d'intervention pourrait être le plus efficace : quelle devrait être la complexité du conseil proposé par le praticien dans le but d'obtenir un résultat optimal ?

4-2) *En France : encore trop peu d'études*

Je n'ai pas relevé d'études de l'ampleur de celles citées précédemment réalisées en France. Les travaux retrouvés sont majoritairement des thèses.

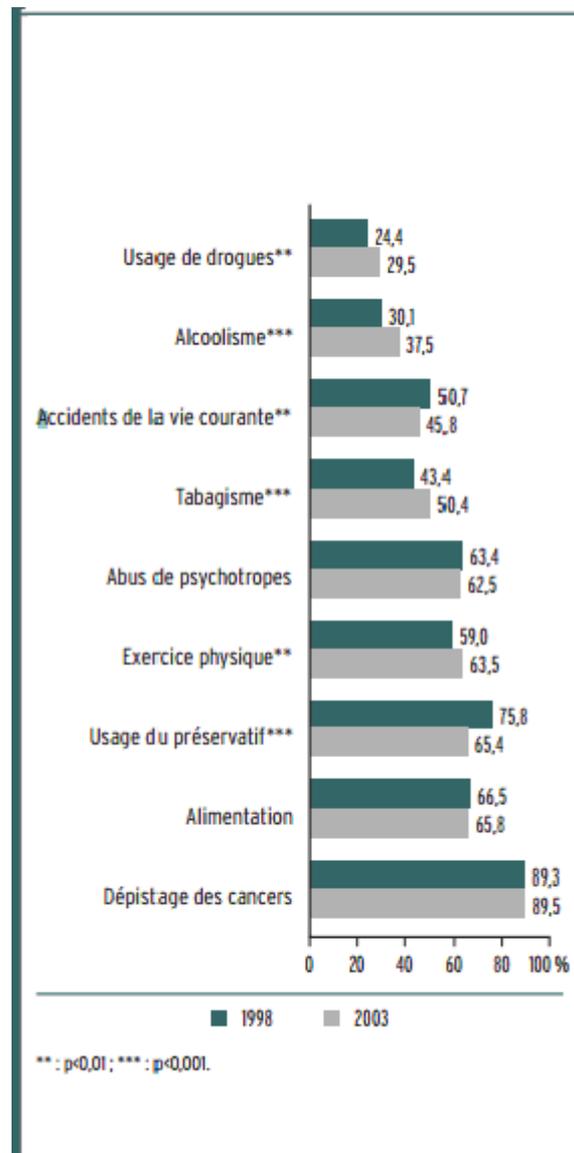
Selon le Baromètre santé médecins généralistes de 2009, les généralistes estiment pourtant que la prévention relève de leur rôle, notamment en ce qui concerne l'activité physique : 89 % d'entre eux pensent que le sujet est facile à aborder, soit bien plus que pour la prévention de la consommation excessive d'alcool, et 98 % considèrent qu'en parler fait partie de leur rôle. Ces résultats sont similaires à ceux de la prévention du tabagisme (Gautier et al., 2011).

Figure 1 : Représentations par les médecins de leur rôle en prévention et de la facilité à aborder différents domaines (en pourcentage) (Gautier et al., 2011)



Les médecins interrogés sur plusieurs thèmes de santé en 2003 ont déclaré, pour la majorité, se sentir efficaces (« très » ou « assez ») pour aider leurs patients à changer de comportements, sauf dans les domaines de l'alcoolisme, de l'usage de drogues et des accidents de la vie courante. En 2003, 63,5 % des médecins ont ressenti un sentiment d'efficacité (« très » ou « assez efficace ») dans le domaine de l'activité physique (Buttet & Fournier, 2005). Ce Baromètre santé se fonde sur 2057 entretiens téléphoniques avec des médecins généralistes libéraux. Chaque entretien avait une durée d'environ 25 minutes et comportait la question suivante : « Vous personnellement, vous trouvez-vous efficace pour aider les patients à changer leurs comportements dans les domaines suivants ? », les réponses possibles étaient : « très efficace, assez efficace, peu efficace, pas de tout efficace, ou ne sait pas ». Le questionnaire ne fait cependant pas préciser ce que le médecin perçoit comme efficace : quel pourcentage de patients doivent changer leur mode de vie pour que le médecin ressente son intervention comme étant efficace ? Les réponses sont donc très subjectives ce qui explique le paradoxe entre l'efficacité ressentie individuellement par les médecins et les résultats mitigés des grandes études d'intervention.

Figure 2 : Fréquence du sentiment d'efficacité (« très » ou « assez efficace ») dans différents domaines parmi les médecins interrogés en 1998 et 2003 (nsp exclus) (Buttet & Fournier, 2005)



Ces résultats cités ci-dessus donnent l'impression que l'activité physique est facile à aborder pour les généralistes, ils se sentent même efficaces. Mais derrière ces apparences, quelles sont les pratiques réelles des médecins ?

Le repérage des patients insuffisamment actifs

Une étude quantitative dans le cadre d'une thèse a été réalisée récemment auprès de médecins généralistes exerçant dans le Grand Lyon. Elle compare l'activité physique déclarée par les patients au niveau d'activité physique estimé par le praticien. Les questionnaires de 349 patients, remplis par leurs soins en salle d'attente, ont été confrontés aux entretiens de 28 médecins. Elle retrouve que seulement 47,8 % des médecins repèrent le manque d'activité physique chez leurs patients, l'information n'étant que très peu mentionnée dans le dossier médical (16 % des cas), le médecin faisant appel à sa propre mémoire et son estimation est erronée dans la moitié des cas (Mathieu, 2010).

Quelle efficacité ?

J'ai trouvé deux thèses récentes évaluant l'efficacité d'une intervention brève. La première étude a exploité 96 questionnaires répétés six mois plus tard de deux groupes de patients randomisés : l'un avec intervention incluant le conseil du généraliste et la remise d'un document expliquant les bénéfices de l'activité physique et les recommandations, l'autre groupe n'a pas profité de ces actions (Petitgenet, 2012).

La seconde étude a exploité 196 questionnaires de patients qui ont reçu le même jour un conseil minimal de leur médecin généraliste avec une brochure et un rappel téléphonique trois mois après pour réévaluer leur activité physique (Riquier, 2012).

Ces deux thèses françaises ne retrouvent pas de différence significative quant à la pratique d'activité physique des patients après un conseil simple : information de type intervention brève et remise d'une brochure, même si la deuxième thèse retrouve une progression de l'activité physique chez les femmes (Riquier, 2012).

Ces résultats ne sont pas étonnants compte-tenu du bénéfice très modéré attendu nécessitant un échantillon de grande taille. De plus ces études n'exploitent que des résultats à court terme.

Quels freins ?

Une étude sur les freins pour prescrire l'activité physique chez les personnes en surpoids retrouvait des résultats similaires à ceux des études réalisées à l'étranger : refus ou faible motivation du patient, manque de temps, la seule différence relevant du fait que le manque de formation était moins souvent un obstacle (Faure, 2011).

Ces résultats s'accordent avec ceux du Baromètre santé médecins / pharmaciens concernant la prévention dans ses différents domaines, la résistance des patients et le manque de temps sont les deux principaux freins évoqués par les médecins. Les problèmes de communication, l'absence de demande des patients, la peur d'être jugé trop interventionniste, le sentiment que la consultation ne se prête pas à une proposition systématique, le manque de formation, et la question de la rémunération sont d'autres freins qui pourraient limiter les interventions des professionnels (Buttet & Fournier, 2005).

Les médecins du sport, qui ont une formation spécifique, sont les plus enclins à promouvoir la santé par l'activité physique (Laroppe, 2010).

Comment les médecins se représentent-ils la demande des patients ?

La croyance que le sujet de l'activité physique n'intéresse pas les patients est citée comme un obstacle par les médecins qui renoncent à en parler. Cependant, un autre travail de thèse, fondé sur 212 questionnaires de patients obèses et 101 questionnaires de médecins généralistes, montre qu'il existe une forte demande de conseil de la part des patients obèses pour adopter un mode de vie plus actif puisque 78,5 % se disent prêts à suivre des conseils donnés par leur médecin. Pourtant les généralistes estiment à près de 60 % qu'il n'y a pas de réelle demande (Laroppe, 2010).

Au final, la pratique réelle des médecins ne semble pas aussi simple que les baromètres le décrivent. De plus, les recherches sur le conseil en activité physique en médecine générale sont encore peu nombreuses et peu développées, surtout en France.

OBJECTIF DE L'ETUDE

Nous avons donc vu que l'activité physique ne se limite pas à la seule pratique sportive mais comporte également des activités liées aux déplacements, aux tâches domestiques ou au travail. Bien que ses bénéfices soient connus depuis longtemps, elle n'a été abordée que récemment dans les campagnes de santé publique. Elle n'est pas traitée avec la même rigueur que les autres thèmes de prévention. Pourtant, bien que les estimations du nombre de Français ayant une activité physique conforme aux recommandations soient variables, particulièrement en raison de l'absence d'homogénéisation méthodologique des études, il est vraisemblable que la population française ne soit pas suffisamment active, ce qui constitue un enjeu majeur de santé publique.

Les travaux réalisés dans d'autres pays suggèrent que les médecins généralistes ciblent les patients à qui ils choisissent d'en parler, leurs évaluations sont hétérogènes, ils encouragent leurs patients à augmenter leur activité physique sans développer leurs conseils. Ils sont freinés par le temps disponible en consultation et les carences de leurs formations. Les études françaises sont malheureusement encore insuffisantes. Bien que les médecins généralistes trouvent le sujet facile à aborder et se ressentent efficaces, les études françaises ne confirment pas ces déclarations, les résultats concernant leur efficacité ne sont pas significatifs. D'autre part, le rôle des éducateurs médico-sportifs, dont la profession a été créée à la fin des années quatre-vingt-dix, est encore mal défini.

Pour mieux comprendre la pratique des généralistes, nous nous attacherons à répondre aux questions suivantes : comment hiérarchisent-ils leurs priorités en matière de prévention et quelle place accordent-ils à l'activité physique ? Quel lien font-ils entre activité physique et santé ? Quels sont les facteurs qui influencent leurs conseils ? Quels sont leurs freins ? Comment perçoivent-ils leurs rôles et ceux de leurs partenaires ? Comment s'y prennent-ils en consultation ? Pourquoi ce sujet, qui leur semble facile à aborder, est-il souvent délaissé ?

L'ambition de notre travail, qui s'appuie sur des entretiens de généralistes, est de tenter de répondre à ces questions afin de mieux comprendre quelle importance ils attribuent à l'activité physique et comment ils l'intègrent dans leurs consultations. Nous avons, pour cela, réalisé une enquête qualitative sur les pratiques de médecins généralistes franciliens en débutant par une approche globale de leur conception de la prévention puis nous avons détaillé des thèmes spécifiques. Je vais dans un premier temps présenter la méthodologie du travail, puis j'analyserai les entretiens et les informations qu'ils nous apportent sur l'activité physique. La démarche n'est pas évaluative, nous avons essayé de les amener à développer leur réflexion sur leurs pratiques. Nous avons ciblé le questionnement sur les patients qui ne pratiquent pas assez. L'approche qualitative permet d'étudier la diversité des points de vue des médecins et d'en faire ressortir la complexité.

Les médecins généralistes sont des interlocuteurs de première ligne, accessibles et au contact de toute la population. Ils sont supposés détenir, de par leur connaissance globale du patient, les informations permettant une qualité optimale de conseil en activité physique. Alors qu'en font-ils ? Lors de l'analyse, nous verrons dans un premier temps comment leurs parcours professionnel et personnel, en tant que potentiels sportifs, influencent leurs convictions. Ensuite, nous expliciterons quels rôles ils se donnent, et comment ils perçoivent leurs partenaires. Pour finir, nous étudierons comment ils s'y prennent au cours de la consultation et les circonstances qui les amènent à en parler. Quelle évaluation font-ils ? Quels conseils donnent-ils ? Comment ils s'adaptent aux variables des patients ?

MATERIEL ET METHODES

1) La naissance du projet

Un groupe de sept internes de médecine générale de la faculté Paris-Descartes dont moi-même a été constitué. Nous avons travaillé sur ce projet, en vue de la rédaction de nos thèses respectives, avec le soutien de quelques médecins seniors. Ce travail a donné lieu à un rapport en novembre 2011 qui en rapporte les premiers résultats (Bloy & Rigal, 2011).

Nous avons travaillé selon une méthode qualitative en réalisant chacun des entretiens. C'est à partir de ce corpus concernant le conseil en activité physique en médecine générale que j'ai réalisé cette thèse. Ce travail a permis d'appréhender les différents types d'approche du thème de l'activité physique au cours d'une consultation en soins primaires.

2) Intérêt de la méthode qualitative

La méthode qualitative permet une analyse plus fine des pratiques des médecins, au-delà de la simple analyse chiffrée. Il existe plusieurs techniques d'entretiens, celle que nous avons retenue est le questionnement « semi-directif » ou encore « compréhensif ».

Les approches qualitatives et quantitatives ne sont pas en concurrence. Elles répondent à des problématiques différentes. Les méthodes d'analyse de « la recherche qualitative » issues des sciences humaines et sociales, ont accru la capacité des chercheurs à appréhender la complexité des comportements des acteurs du système de santé. Le but de la recherche qualitative est d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel, en fonction des différentes circonstances. Dans une étude qualitative, la représentativité statistique n'est habituellement pas recherchée, l'objectif n'est pas d'avoir une représentation moyenne de la population mais d'obtenir un échantillon de personnes qui ont une caractéristique ou vécu une expérience particulière à analyser. Il faut constituer un échantillon permettant la compréhension de processus sociaux. Cet échantillon est destiné à inclure autant que possible des individus ayant des caractéristiques différentes afin de mettre en relief la variabilité des comportements, l'objectif n'étant pas la généralisation à des fins statistiques (Borgès Da Silva, 2001).

La recherche qualitative se caractérise donc par :

- une tentative de voir les événements, actions, normes, valeurs, etc. du point de vue des personnes étudiées.
- un accent mis sur le contexte et les manières dont les caractéristiques d'une situation ou d'un contexte spécifique influencent le phénomène étudié.
- une stratégie flexible et itérative : une telle démarche permet de révéler des thèmes dont l'importance était inattendue et qui seraient peut-être restés dans l'ombre si les chercheurs s'étaient limités à une liste de questions préétablie ou à des méthodes de collecte des données prédéterminées. Elle permet la découverte de nouvelles idées et interprétations.

La recherche qualitative permet donc d'étudier les processus et logiques de pratique et d'action des cliniciens (Hudelson, 2004).

Concernant l'activité physique, le travail par entretiens semi-directifs permet une approche différente de la méthode quantitative de la pratique des médecins généralistes. Il permet de recueillir des informations précises sur la manière dont ils abordent le sujet avec leurs patients et sur les obstacles rencontrés. L'enquêteur s'investit activement dans les questions pour provoquer l'engagement des praticiens.

Leur discours est plus spontané, on peut repérer des subtilités de langage comme, par exemple, les répétitions de certaines expressions. Cette méthode permet également de relever des changements de ton ou d'opinion au cours des interviews, ce que ne permettrait pas un questionnement plus fermé ou écrit.

Par exemple, le Dr Laurence change d'avis au cours de l'entretien concernant l'intérêt des campagnes pour motiver les patients à avoir une activité physique. Initialement, elle les trouve efficaces :

- « *Je ne sais pas si j'arrive à les motiver ... Le plan nutrition santé n'est pas mal, ils ont mis des affiches partout dans les escaliers du métro donc ça peut aider à y penser (...)*
- *Comment évaluez-vous votre propre activité physique ?*
- *Euh, les conseillers ne sont pas les payeurs ! Bon normalement le mardi matin et le jeudi je commence plus tard pour faire un footing mais je n'en ai fait que deux cette année. »*
Dr Laurence.

Puis, progressivement, lorsque l'entretien avance, et après avoir évoqué son échec personnel à pratiquer elle-même, et alors que l'enquêteur pose à nouveau la question, d'ailleurs peut-être par maladresse, le ton devient alors plus défaitiste :

- « *Que pensez-vous du plan manger / bouger ?*
- *Non, ça ne marche pas vraiment. »*
Dr Laurence.

La mise en confiance progressive du médecin interrogé permet aussi de recueillir des remises en question plus profondes sur leurs pratiques ou des confidences plus personnelles et intimes.

3) La construction et la réalisation des entretiens

Le guide d'entretien

Le guide de questions est très souple dans le cadre de l'entretien compréhensif. Dans la majeure partie des cas, l'enquêteur n'a pas à lire les questions ni à en suivre l'ordre, l'idéal étant de déclencher une dynamique de conversation, comme s'il s'agissait d'oublier de suivre le guide.

Pour cela, il faut au préalable que le guide ait été assimilé. Le travail collectif avec l'implication de chacun pour sa rédaction m'a permis peu à peu de m'imprégner de notre guide. Les questions doivent être rédigées à mesure qu'elles viennent à l'esprit, puis elles sont rangées par thèmes. Les questions non prévues mais pouvant apporter des informations intéressantes peuvent être posées.

Face au médecin, cette technique est un exercice un peu difficile initialement puis, peu à peu, je m'y suis habituée, les entretiens sont devenus plus fluides et de meilleure qualité. L'enchaînement des questions doit être logique, l'informateur gère son degré d'implication dans l'entretien, selon la confiance qu'il fait à l'enquêteur et la qualité d'écoute qu'il éprouve. Le ton à trouver est celui de la conversation entre deux individus égaux, on bavarde autour du sujet. En tant qu'interne face à des médecins expérimentés, je dois veiller à ne pas les laisser s'installer dans un discours professoral. L'informateur, se sentant écouté, peut plonger plus profondément en lui-même pour exprimer davantage de savoir et renforcer son pouvoir dans l'interaction. Je dois écouter les propos de l'informateur tout en réfléchissant à une prise pour la question suivante : faut-il lui faire développer une idée intéressante ? Il est également possible de revenir à la grille, sans tomber dans la facilité du passage du coq à l'âne qui casserait la dynamique (Kaufmann, 1996).

Le contenu de notre guide d'entretien

Le guide d'entretien a été travaillé en groupe. Il est intéressant de noter que lors de l'élaboration des questionnaires spécifiques, c'est celui concernant l'activité physique qui a été achevé en dernier. Dès le début, les membres du groupe semblaient avoir accordé moins d'intérêt à ce sujet.

Avant toute chose, afin de nous imprégner du contexte, nous avons interrogé les médecins sur leurs conditions d'exercice, nous leur avons demandé de se présenter, d'expliquer leurs choix d'installation (seul ou en groupe, etc.) et les modalités de leur travail (informatisation, secrétariat, etc.).

Par la suite, nous en venions au cœur de l'entretien.

Dans une première partie de l'entretien, la prévention était abordée dans sa globalité, on s'intéressait très vite à ce qu'elle représentait pour les médecins et la place qu'elle occupait dans leurs consultations, tout en les interrogeant sur leurs ressentis et les outils qui leur étaient utiles et les facteurs qui pouvaient l'influencer. Très vite, nous leur suggérions de parler d'expériences personnelles qui auraient pu éclairer leur discours. Dès lors, on pouvait repérer quels étaient les sujets auxquels ils étaient le plus sensibilisés.

Dans une seconde partie, nous choisissons d'approfondir un ou deux thèmes spécifiques, divisés en deux groupes : le premier contenait les dépistages de cancers avec la pratique du frottis cervico-vaginal, la remise du test Hemocult pour le cancer colo-rectal ou encore la prescription de mammographies. Le second groupe comportait des préventions liées aux comportements ou modes de vie : la consommation de tabac ou d'alcool, la nutrition et la pratique d'une activité physique. L'étude comparative du début de chaque entretien permettait donc de déterminer quels étaient les médecins qui citaient spontanément l'activité physique, avant que l'enquêteur ne le lui ait suggéré.

Enfin, avant de conclure l'entretien, nous revenions sur quelques caractéristiques personnelles des médecins, nous les interrogeons sur ce qu'ils mettaient en œuvre pour eux-mêmes dans le cadre de la prévention pour sa santé. Nous leur demandions également comment ils pensaient qu'on pourrait optimiser le système de santé pour favoriser les approches préventives.

Au total, la durée minimum d'un entretien était de 45 minutes, ce qui permettait une qualité suffisante pour être exploité, mais lorsque l'emploi du temps de l'interviewé le permettait, il pouvait se prolonger bien au-delà.

Le guide d'entretien spécifique sur l'activité physique abordait tout d'abord les occasions pour les médecins d'en parler : qu'est-ce ce qui les a incité ? Ou au contraire, dans quel contexte se sont-ils retenus ?

La question spécifique de définition de l'activité physique pour eux n'a pas été posée, cependant leur façon d'en parler a permis de comprendre ce qu'elle comportait pour eux, se limitaient-ils au sport ? Ou élargissaient-ils à l'activité physique quotidienne ou domestique ? Comment circulaient-ils de l'un à l'autre de ces concepts ?

Quelle différence ont-ils fait selon qu'il s'agissait d'une première consultation ou d'un patient dont ils étaient ou non les médecins traitants ? Faisaient-ils différemment selon les patients ?

Par la suite, nous leur demandions d'explicitier ce qui se passait en pratique au cours de ces consultations, c'est-à-dire comment ils évaluaient l'activité physique de leurs patients, quels conseils spécifiques ou plus généralement concernant l'hygiène de vie donnaient-ils et quels arguments appuyaient leurs discours. Quels outils les ont aidés ? Ont-ils adressé leurs patients ? Avaient-ils un réseau de spécialistes dans ce domaine ?

Enfin, l'enquêteur s'informait de l'activité physique propre du médecin et de son ressenti lors de ces consultations, ont-ils connu des expériences marquantes ?

Nous leur demandions leur objectif et la place qu'ils lui accordaient par rapport aux autres préventions, ont-ils associé les différents conseils ? Quels étaient les obstacles rencontrés ? Nous leur demandions d'illustrer si possible leur propos en relatant leurs expériences personnelles et de détailler pour quels types de patients ils s'y prenaient différemment et si leur propre activité physique ou sport interférait.

Echantillonnage

Les médecins choisis devaient répondre aux critères d'inclusion suivants :

- exercer en Ile-de-France
- être installé en libéral
- ne pas avoir de mode d'exercice particulier exclusif
- avoir ou non le statut de maître de stage

Prise de contact avec les médecins : difficultés et aides

Il a donc fallu rechercher des médecins généralistes acceptant de libérer au moins une heure de leur temps pour l'entretien. Très vite, cela s'est avéré être un travail long et fastidieux.

Personnellement, j'ai tout d'abord essayé de contacter de manière aléatoire des médecins généralistes par téléphone. Malheureusement, il est très difficile d'avoir le médecin directement. Je tombe régulièrement sur des répondeurs téléphoniques, des secrétariats qui ne souhaitent pas déranger le praticien, et les messages laissés sont restés sans réponse. Certains médecins répondant eux-mêmes au téléphone m'ont demandé de rappeler quelques semaines plus tard, lorsque la charge de travail serait plus propice, enfin d'autres, plus rares, se sont intéressés au projet.

A chaque fois, ils se sont montrés surpris à l'annonce de la durée de l'entretien, c'est ce facteur temps qui a été l'obstacle majeur à leur accord.

Pour recruter les médecins, j'ai également fait usage de contacts personnels que j'avais, ce qui m'a permis d'avoir accès à des médecins qui, dans d'autres cas, n'auraient peut-être pas accepté.

A la fin des entretiens, je leur demandais s'ils connaissaient un collègue qui pourrait être intéressé et que je pourrais appeler de leur part.

J'ai donc pu réaliser au total dix entretiens que j'ai versés au corpus commun.

Les entretiens

Nous sommes donc sept internes à participer au travail, encadrés par L. Rigal et G. Bloy, ainsi que d'autres médecins seniors.

Les entretiens se sont déroulés au cours des années 2010 et 2011, nous nous sommes régulièrement vus pour des réunions faisant une mise au point sur l'avancement de notre travail et des revues bibliographiques.

Au total, j'ai disposé de 90 entretiens réalisés par 10 investigateurs. Les entretiens ont été réalisés dans toute l'Ile-de-France. Parmi les médecins interrogés, il y avait 52 hommes, 38 femmes, 32 maîtres de stages (information non connue pour 8 des médecins), 13 médecins en secteur 2 (information non connue pour 2 des médecins). Leur âge moyen était de 51 ans (information non connue pour un médecin).

Retour sur la réalisation de mes entretiens

Je me présentais donc à chaque entretien, le temps d'attente était l'occasion d'observer l'organisation des locaux. Dans la majorité des cas, ils se sont déroulés dans une ambiance détendue, avec parfois un fond musical ou encore un café.

Dès le début, j'ai expliqué aux médecins généralistes la nécessité d'enregistrer l'entretien, avec leur accord, afin de pouvoir me concentrer sur leurs propos au lieu de prendre des notes. Il a fallu assez rapidement après les retranscrire, afin de bénéficier du souvenir encore frais des réactions gestuelles ou du ton qui étaient mal reflétés dans l'enregistrement.

Les entretiens ont par la suite été anonymisés, des pseudonymes ont été donnés aux médecins, les éléments trop situant ont été supprimés, puis ils ont été mis à la disposition des différents membres du groupe de travail.

La réaction des médecins interrogés

Au cours de l'étude, deux possibilités se sont offertes à l'enquêteur, soit laisser le libre choix du thème spécifique parmi le tabagisme, la consommation d'alcool, la nutrition (hygiène de vie alimentaire) et l'activité physique, soit imposer le sujet au médecin interrogé. Le thème étant moins souvent choisi que les autres préventions comme sujet spécifique, les enquêteurs l'ont proposé lorsque le médecin interrogé n'a pas exprimé de préférence pour un thème afin que le nombre d'entretiens spécifiques reste équilibré entre les différentes préventions et nous permette de travailler.

Lorsque le thème de l'activité physique a été choisi par l'enquêteur, les réactions des interviewés ont été diverses. Certains ont avoué leur intérêt, d'autres ont été plus réticents et ont exprimé leur déception, mais beaucoup sont restés indifférents. Pour ceux qui l'ont choisi, il s'agissait soit d'un thème auquel ils étaient attachés soit un sujet qui les avait intrigués.

- *« C'est moi qui choisis ? Bon, alors on va faire le premier sur la liste : l'activité physique. Ça vous va ?*
- *Si tu veux : l'activité physique. » Dr Paul.*

- *« Est-ce qu'il y a un sujet que vous préférez qu'on traite ?*
- *Non.*
- *D'accord, alors on va faire l'activité physique, en général c'est peu choisi.*
- *(Rire) Ouais ce n'est pas franchement celui que j'aime, s'il y en avait un, c'était celui-là, je n'ai pas osé le dire... » Dr Armelle.*

A travers cette réponse, on sent que Dr Armelle aimerait que l'enquêteur lui propose un autre thème, ce qu'il ne fera pas, et d'ailleurs cela rendra d'autant plus intéressante toute la suite de l'entretien. Un autre exemple est celui du Dr Charles qui a également souhaité éviter de discuter de l'activité physique, il attend que l'enquêteur propose autre chose :

- *« Je ne veux pas vous embêter... Et sinon, pour... On a pensé activité physique, enfin, reprise d'activité physique.*
- *Ouais ...*
- *La nutrition, le tabac, et l'alcool. Nutrition, c'est un peu prévention secondaire...*
- *Oui, parlons tabac ! » Dr Charles.*

Pour les autres entretiens, ce sont les médecins qui ont choisi de parler de l'activité physique. Pour la grande majorité d'entre eux, c'est un thème qui leur tient à cœur, le plus souvent en raison d'une orientation particulière pour la médecine du sport, ou parce qu'ils sont eux-mêmes sportifs. Pour d'autres, cela paraît moins évident. Cependant, même si leur choix ne semble pas aussi enthousiaste, ce sont des médecins qui pratiquent des activités sportives.

- « *Après, j'ai un autre volet de la prévention. Vous n'avez plus le temps... Vous choisissez entre l'activité physique, la nutrition et le tabac et l'alcool... ?*
- *L'activité physique ! Je suis un grand supporter de l'activité physique ! » Dr Bernard.*

- « *Alors tabac, alcool, activité physique, nutrition ?*
- *Activité physique. » Dr Cyril.*

Dans sa réponse, Dr Cyril n'exprime pas de réjouissance particulière à en parler, pourtant, il semble beaucoup aimer le sport, son choix n'est donc pas anodin :

« Je fais et j'essaie pas mal de choses. Je joue au tennis, là je joue au golf, je fais du ski, des sports mécaniques... Il y a des choses que je ne peux plus faire, j'aimerais bien refaire du foot, mais je pense que ce n'est pas la peine ! » Dr Cyril.

4) Les entretiens retenus

Tous les entretiens n'abordent pas l'activité physique. Dans la partie générale sur la prévention, je peux repérer quels sont les médecins qui y pensent et ceux qui ne la mentionnent pas. J'ai choisi de ne pas me limiter aux entretiens contenant le sujet spécifique de l'activité physique pour ma thèse. Bien que le thème soit très peu voire non abordé dans certains, les quelques informations recueillies peuvent malgré tout avoir un grand intérêt, je n'ai donc pas souhaité les exclure.

J'ai résumé dans le tableau ci-dessous les principales caractéristiques des médecins qui ont accordé un entretien. J'y mentionne leur âge, leur secteur d'activité (S), leur département d'exercice (Dpt.), leur statut de maître de stage ou non, la date ou leur ancienneté d'installation, le type de cabinet où ils travaillent, leur pratique personnelle d'activité physique, et je précise enfin quels sont ceux qui ont abordé spécifiquement le thème de l'activité physique.

Tableau 3 : caractéristiques des médecins interrogés

Médecin	Age	S	Dpt.	Maitre stage	Install	Type cabinet	Sa pratique personnelle	Remarques
Adèle	51	1	92	Non	25 ans	Seule	NC	
Adrien	61	1	78	Non	30 ans	groupe	NC	
Albert	65	1	92	Non	1978	Seul	NC	
Amélie	38	1	92	Non	1 an	Groupe	NC	
Anaïs	32	1	92	NC	2008	Seule	Par périodes de motivation	Thème spécifique imposé
Angélique	46	1	78	Non	11 ans	Groupe	NC	
Anne	31	1	75	Non	2010	Groupe	Essaye	
Armand	53	1	78	Non	1981	Groupe	Oui, karaté	Thème spécifique choisi
Armelle	53	1	92	Non	1994	Seule	Non sportive	Thème spécifique
Arthur	55	2	75	NC	1981	NC	Vélo appartement	Entretien coupé
Astrid	32	1	78	NC	2007	Groupe	NC	Capacité médecine sport
Axel	33	1	78	NC	1 an	Groupe	Pas assez	Thème spécifique
Babette	47	1	78	Non	2005	NC	NC	
Baptiste	60	1	78	Non	1981	Groupe	NC	
Bénédicte	51	1	92	Oui	1989	Seule	Oui sans précision	
Benjamin	59	2	78	Non	1982	Seul	NC	
Benoit	50	1	92	Oui	1993	NC	S'y astreint	
Bernard	59	1	75	Non	32 ans	Seul (chez lui)	Oui mais blessé	Thème spécifique choisi
Bertrand	55	1	94	Non	26 ans	Seul	Marche	
Brice	63	1	92	Non	1985	Seul	NC	
Bruno	60	2	92	NC	1982	Seul	NC	
Caroline	56	1	91	Non	1995	Seule	NC	
César	56	2	75	Oui	1986	Groupe	Piscine	Médecin du sport
Charles	54	1	75	Non	1984	Avec psychologue et cardiologue	Oui, visites à pied, vélo	Esquive le thème spécifique
Christian	65	1	75	Non	NC	Seul	NC	
Claire	+/- 50	1	93	Non	1993	Groupe	Très peu course à pied	Thème spécifique choisi
Claudius	56	1	75	Non	1984	Avec ostéopathe	Visites, vélo, plongée, ski	Thème spécifique choisi

Clément	60	1	75	Non	1985	Seul	NC	
Cyril	57	2	93	Non	30 ans	Groupe	Tennis, golf, ski, sports mécaniques	Thème spécifique choisi
Damien	48	1	92	Non	1991	Groupe	A été sportif	
Daniel	47	1	92	Non	2001	NC	Marche rapide	
David	46	1	92	Non	16 ans	Groupe	Sportif, course à pied	Thème spécifique choisi
Denis	57	1	75	Non	1999	Seul	NC	
Dimitri	45	1	75	Non	16 ans	Groupe	Quand peut, vélo	Thème spécifique choisi
Edmond	34	1	78	Non	3 ans	Groupe	Beaucoup de sport	Thème spécifique imposé, orienté méd. sport
Edouard	48	1	78	Non	1992	Groupe	Sportif	Thème spécifique choisi
Eléonore	39	1	95	Non	10 ans	Groupe	NC	
Elise	46	1	95	Non	11 ans	Groupe	Parfois	
Etienne	59	1	95	Oui	25 ans	Groupe	NC	
Fabien	49	1	95	Non	2005	Seul	NC	
Fabrice	53	1	95	Oui	1986	Groupe	NC	
Fanie	63	2	95	Non	31 ans	Seule	NC	
Felix	42	1	95	Non	14 ans	Seul	NC	
Fernand	59	1	95	Non	31 ans	Seul	NC	
Geneviève	68	1	91	Oui	33 ans	Seule	NC	
Georges	39	1	91	Oui	2003	Seul	Non sportif	Thème spécifique choisi
Grégoire	54	1	75	Non	20 ans	Groupe	Vélo	
Guillaume	45	1	94	Non	12 ans	Groupe	Sportif mais blessé	
Hélène	43	1	91	Non	15 ans	Groupe	Sportive course à pied	Thème spécifique choisi
Héloïse	67	1	91	Oui	30 ans	Seule	NC	
Henri	51	1	91	Oui	21 ans	Seul	Sportif	
Hugo	56	2	75	NC	26 ans	Seul	NC	
Laetitia	52	1	75	Oui	1994	Groupe	Sportive, marathon, salle sport	Thème spécifique
Laurence	47	1	75	Oui	1992	Seule	Rarement course à pied	Thème spécifique
Léa	62	2	75	Oui	22 ans	Seule	NC	
Léon	34	1	75	Non	3 ans	Seul médecin	NC	
Louis	54	1	75	Non	30 ans	Groupe	Non sportif	
Luc	67	2	75	Non	NC	Seul	NC	

Marguerite	38	1	93	Oui	2 ans	Groupe	Pas d'exercice physique	
Matthieu	55	1	75	Non	1998	Seul	NC	
Mélanie	47	1	75	Non	12 ans	Seul généraliste	Pas le temps	
Odile	47	1	75	Non	5 ans	NC	NC	
Olga	39	1	75	Oui	2001	Avec nutritionniste	NC	
Olivier	56	2	75	Non	1982	Seul	NC	
Pascal	69	1	78	Non	1969	Seul	NC	
Patricia	45	1	75	Non	1994	Seule	Sportive	
Paul	58	2	75	Oui	1982	Seul	Essaye de marcher, bouger	Thème spécifique imposé
Pauline	53	1	78	Oui	7 ans	Groupe	NC	DU nutrition
Perrine	50-55	1	75	Non	21 ans	Groupe	NC	
Philippe	40-45	1	78	Oui	6 ans	Groupe	NC	Thème spécifique suggéré, formateur méd. sport
Pierre	50	2	75	Non	1989	Seul	NC	
Raphael	49	1	75	Oui	20 ans	Groupe	Pas le temps	Nutritionniste
Régine	59-60	1	75	Oui	1977	Groupe	NC	
Rémi	60	1	75	Oui	1986	Groupe	Sportif mais blessé	Thème spécifique
Roger	63	2	91	Oui	30 ans	Groupe	Non sportif (marchait)	
Romain	60	1	75	Oui	1992	Groupe	NC	
Roselyne	59	1	75	Oui	1978	Groupe	NC	
Sabine	47	1	75	Oui	1992	Groupe	Sportive (vélo, piscine)	Thème spécifique
Samia	52	1	75	Oui	1990	Groupe	Essaye mais difficile	
Sandra	61	1	75	Oui	1977	Seule	Marche, vélo, piscine	
Sandrine	63	1	94	Oui	NC	Groupe	NC	
Sébastien	57	1	75	Oui	17 ans	Groupe	Sportif (course pied)	
Sophie	60	1	75	Oui	1978	Seule	Sportive	
Stéphane	37	1	75	Oui	5 ans	Groupe	Sportif	
Suzanne	52	1	92	Oui	1987	Groupe	NC	
Tatiana	46	1	92	Non	1995	Avec ostéopathe	NC	
Thibault	41	1	95	Oui	2005	Seul	NC	
Tiphaine	40	1	95	Non	8 ans	Groupe	NC	
Véronique	37	NC	93	NC	2008	Groupe	NC	
Victor	NC	NC	NC	NC	1984	Groupe	NC	Entretien coupé

5) Méthode d'analyse des entretiens

Le travail en médecine s'est inscrit dans une épistémologie de type inductif. Cette démarche, assez récente, s'attache à élaborer l'intelligibilité des pratiques à partir de la fréquentation du terrain dans une « théorisation fondée » (grounded theory) inspirée de B. Glaser et A. Strauss, qui opère par aller-retour entre le terrain et les concepts (Guillemette & Anadon, 2006). Tout élément non prévu surgissant en cours d'enquête reste bienvenu dans cette démarche, et inversement, il n'y a pas d'inconvénient à abandonner en cours de recherche une piste qui ne se révélerait pas très pertinente. La dynamique de l'enquête de terrain peut donc nous conduire à réorienter notre travail.

En accord avec cette démarche, deux types d'analyses peuvent être effectuées à partir des entretiens : une analyse verticale analysant chaque entretien pris séparément, et une étude horizontale plus transversale, ces deux approches étant complémentaires.

L'analyse verticale

Le groupe s'est accordé pour réaliser un fichage pour chaque médecin faisant ressortir les différents actants et les relations que le médecin a avec ceux-ci. Ces actants peuvent être des personnes physiques (patients, confrères, etc.) ou encore morales (institutions), voire d'autres éléments influençant les choix de pratique du médecin et cités régulièrement comme par exemple les campagnes d'éducation à la santé. Cette analyse a parfois permis de mettre en évidence des incohérences dans le discours d'un même médecin ou au contraire des idées fortes émergeant régulièrement. Par la suite, une deuxième partie du fichage revenait sur la façon dont le médecin appréhende les différents soins préventifs.

La lecture et l'analyse verticale des entretiens m'ont permis d'établir des types de médecins selon leurs pratiques et leurs convictions en rapport avec l'activité physique. Certains ont manifesté leur intérêt et ont aimé en parler en entretien, d'autres ont abordé le thème spécifique à contrecœur et en ont une approche réduite en consultation.

L'analyse transversale

Il s'agit d'une lecture horizontale des entretiens. Elle compare les médecins sur une question spécifique, elle permet de rechercher des similitudes ou au contraire des oppositions de pratiques chez les différents médecins, on peut alors discerner les différents types de pratiques.

Lorsque je me suis posée une question spécifique sur le thème de l'activité physique, comme par exemple la manière dont les médecins l'évaluent en consultation, j'ai fait ressortir cette information de chacun des entretiens afin d'obtenir une vision d'ensemble et de mieux pouvoir y répondre.

6) *Forces et limites de notre enquête*

Limites et difficultés

Les grilles d'entretien ont été rédigées très tôt, avant le travail bibliographique et le choix des sujets de thèse. Au cours de l'avancement de mon analyse, j'ai parfois pu regretter que certaines questions n'aient pas été posées. Les entretiens se sont déroulés sur une à deux années, à des vitesses différentes pour chacun ce qui a probablement rendu plus difficile une coopération à mi-parcours pour réajuster le guide.

Nous aurions par exemple pu leur demander d'explicitier ce que l'activité physique représentait pour eux ou encore comment ils la différenciaient du sport.

D'autre part, lorsque nous avons laissé aux médecins le choix des thèmes spécifiques qu'ils souhaitaient aborder, les médecins qui ont choisi le sujet de l'activité physique sont souvent ceux qui y étaient le plus attachés. Il existe donc un biais de sélection du thème spécifique par le généraliste. Cependant, lorsque le thème a été proposé voire imposé par l'enquêteur, cela a permis d'avoir des avis plus contrastés intéressants pour l'analyse.

Certains médecins ont adopté une attitude professorale au cours des entretiens, d'autres encore font ressentir quelques réserves dans leur discours, préférant ne pas donner certaines informations. Cela a été évident sur certains sujets (par exemple pour leur préférence politique), ce qui laisse suggérer qu'ils aient pu se retenir d'exprimer des idées qu'ils pourraient considérer comme préjudiciables à leur image lors des questionnements plus ouverts. Nous leur avons pourtant bien expliqué que les entretiens étaient anonymisés et surtout non évaluatifs.

Pour d'autres médecins, les entretiens se sont heureusement déroulés avec l'aisance d'une conversation naturelle.

Avantages de l'étude

Le travail de groupe et le nombre d'enquêteurs ont permis d'obtenir un nombre important d'entretiens. Ils ont été réalisés dans toute l'Ile-de-France, dans différents milieux sociaux, et traduisent l'expression de nombreux points de vue.

La diversité des investigateurs évite que leurs convictions personnelles n'influencent trop régulièrement le discours des interviewés.

ANALYSE

Je vais tout d'abord étudier la manière dont les trajectoires professionnelles et personnelles des médecins interagissent avec leurs convictions sur l'activité physique. Ensuite, nous verrons quelle place l'activité physique occupe dans la consultation de médecine générale et quels outils ou partenaires interviennent. Enfin, nous nous pencherons sur le cœur de la pratique et la façon dont les généralistes s'y prennent au cours de la consultation.

1) Influence des trajectoires des médecins sur leurs convictions

Nous allons dans un premier temps analyser la façon dont les médecins perçoivent leur formation et leurs expériences professionnelles sur le thème de l'activité physique. Ensuite, nous étudierons leur manière d'évoquer leur propre pratique sportive et la façon dont cela intervient sur la relation avec leurs patients. Enfin, nous verrons comment ces deux parcours parallèles, professionnel d'un côté et personnel de l'autre, influencent leurs convictions.

1-1) Trajectoires et expériences professionnelles autour de l'activité physique

a) La formation

La formation initiale

Dans la première partie de l'entretien, les médecins sont interrogés sur leur formation initiale, cette question n'est cependant pas reposée lors de l'abord des thèmes spécifiques mais plusieurs éléments nous laissent penser que celle concernant l'activité physique a été rudimentaire.

Pour la prévention dans sa globalité, ils sont unanimes à souligner l'insuffisance de formation initiale. Certains se souviennent de sujets abordés, parmi lesquels figuraient les vaccins, la consommation alcool-tabagique ou encore les pathologies cardio-vasculaires. Pourtant, au cours des études médicales, comme le précisent certains médecins, la prévention est souvent évoquée lors de l'enseignement des maladies. Bien qu'elle ne soit pas nécessairement remarquée ou soulignée, il est peu de manuels consacrés à une pathologie qui ne commencent par un chapitre consacré à sa prévention. Les médecins interrogés s'accordent sur le fait que la part accordée à la prévention dans la formation devient plus importante avec le temps.

Si je reprends le thème de l'activité physique, aucun d'entre eux ne parle de l'activité physique lorsqu'on les questionne sur leur formation, contrairement aux autres sujets.

Indications et contre-indications des sports

Cette carence se fait ressentir à travers les propos de certains médecins. Les contre-indications à certains sports sont mal connues.

- « *Et c'est là que je dis, ce n'est pas normal, parce qu'en même temps, on m'envoie le type faire un certificat, parce qu'il va pratiquer, je ne sais pas moi, du rugby ! Tu les connais toi les contre-indications à la pratique du rugby ?*
- *Heu... Cervicalgie, des trucs comme ça ?*
- *Ouais ! Et des trucs comme ça ! Où est-ce que tu te les procures les avis de contre-indications ? Il n'y a nulle part un endroit où tu peux les avoir ! Alors il faut aller taper, aller faire fédération après fédération voir les publications qu'ils ont faites, etc. Rien n'est fait ! » Dr Henri.*

Les médecins peuvent également se sentir embarrasser pour trouver un sport adapté à une pathologie : quel sport précis conseiller pour un problème donné ?

- « *Et il y en a pas qui vous demandent quel est le sport qui pourrait être adapté à... des pathologies... ?*
- *Si, si, si, ça arrive.*
- *Et vous y arrivez, sachant que ce n'est pas votre dada, à les orienter ?*
- *Non... Oh je dois le faire, mais pas forcément très bien. Je ne sais pas forcément ce qui leur est adapté. (...) Quand j'ai des gens qui viennent me voir pour des sports que déjà je ne connais pas, je ne sais pas !*
- *Oui ! Parce qu'il faudrait qu'on puisse... Enfin je ne sais pas du tout, moi je n'ai pas l'impression d'avoir eu la formation pour pouvoir dire : « il y a telle chose, il ne peut pas... », à part s'il a fait trois pneumothorax et qu'il est contre-indiqué à la plongée ou la haute voltige...*
- *Voilà, et encore, si vous cherchez, c'est du bon sens, vous dites s'il a fait trois pneumothorax, je ne vais pas le faire, mais si vous cherchez vite fait sur internet vous n'allez pas trouver les contre-indications à tel ou tel sport. Donc je pense que si déjà on avait un vrai questionnaire - mais ça je crois qu'ils l'ont fait sur... Ça a été fait, j'avais regardé, c'était un peu complexe -, si on avait un truc enrichi, mais un truc que la profession devrait faire, ça serait plus utile... Et puis aussi des références, moi je voudrais savoir quelles sont les contre-indications à la pratique du golfstring, moi je ne sais pas ! Ou... Moi une fois j'ai un type qui est venu et qui faisait un sport de combat brésilien, je ne savais pas ce que c'était, et le type était épileptique. Et...*
- *Forcément c'est toujours sur ces cas-là que ça tombe (rires).*
- *Et je lui ai dit : « c'est bizarre quand même, vous êtes sûr que vous avez le droit ? », « Oui mon neurologue m'a dit que c'était bon », alors heureusement j'avais un interne, je lui ai dit « tu connais ce truc-là ? », « Oui je connais, c'est un sport de fou, c'est un sport de bourrin, les mecs ils se tapent dessus » et en cherchant sur internet j'ai trouvé les contre-indications : épilepsie ! » Dr Georges.*

Dans cet extrait, on ressent bien les difficultés du Dr Georges à retrouver les contre-indications des sports d'autant plus qu'il ne les connaît pas.

La formation initiale concernant l'activité physique paraît donc peu approfondie. Comment peuvent-ils développer leurs connaissances sur ce thème ?

La formation médicale continue

Certains médecins ont donc souhaité compléter leur formation par des formations complémentaires qui sont donc optionnelles. Les domaines cités par les médecins dans ce cadre sont l'Hémocult, la gynécologie, l'addictologie, la nutrition, la diabétologie, ou encore la médecine du sport. Elle leur a de cette manière permis de combler certaines lacunes de l'enseignement initial.

Les médecins qui ont souhaité se former en nutrition ont également reçu des enseignements sur l'activité physique.

« Je suis formé par la formation nutrition à évaluer l'activité physique. » Dr Rémi.

L'autre possibilité de se former dans le domaine se fait via les réseaux. J'en ai cité plusieurs exemples en première partie. Seule le Dr Anaïs en mentionne l'existence et cite brièvement le réseau REPOP (REseau pour la Prise en charge et la prévention de l'Obésité en Pédiatrie) qui l'a formée et auquel elle participe.

- *« Je fais aussi partie du réseau REPOP en fait pour les adolescents, pour la prise de poids et tout (...)*
- *Et avec le réseau REPOP, tu as des formations ?*
- *Oui, oui, oui j'ai fait des formations. » Dr Anaïs.*

Au final, les médecins ne sont pas suffisamment formés au cours du tronc commun de leur formation initiale. Ils doivent avoir recours à des formations complémentaires s'ils veulent améliorer leurs connaissances. Le choix du contenu des formations médicales continues est fait par les médecins, le choix de se former est donc dépendant de l'offre locale de formation et des volontés individuelles des médecins à y assister, mais peu de médecins en bénéficient. D'ailleurs, nous avons vu en première partie qu'il y a peu de formations médicales continues consacrées à l'activité physique. Ces insuffisances rejoignent la revue de la littérature que j'ai faite précédemment, la formation en médecine du sport est centrée sur les sportifs plutôt que sur les patients qui ne pratiquent pas assez et les compétences nécessaires pour aider les patients sédentaires ne sont pas acquises (Pène et Touitou, 2009).

Dans ce contexte, quels soutiens peuvent leur apporter les recommandations des autorités de santé pour les aider dans leur pratique ?

b) Les recommandations

Les recommandations sont globalement décrites par certains médecins comme utiles, carrées, constituant une base, mais d'autres plus récalcitrants les trouvent inadaptées voire souvent inapplicables.

Les généralistes les estiment trop nombreuses, d'autant plus qu'ils reçoivent également d'autres revues médicales les inondant de différents types d'informations, et ceux qui souhaiteraient les lire éprouvent des difficultés à trouver du temps pour le faire.

Si on se penche spécifiquement sur les recommandations dans le domaine de l'activité physique, l'INPES, avec le PNNS, préconise comme nous l'avons décrit en première partie, trente minutes d'activité physique quotidienne, conformément aux recommandations de l'OMS. Celles-ci sont non seulement destinées au grand public, mais également aux professionnels de santé. Les médecins les citent exceptionnellement lors des entretiens ou quand ils conseillent les patients, comme le fait le Dr Amélie :

« De toute façon les recommandations ils les connaissent hein, une demi-heure par jour au moins de marche, mais bon j'essaie de leur expliquer que la marche ce n'est pas faire du shopping hein, que c'est de, en gros d'accélérer le cœur, au niveau cardiaque le but c'est de..., voilà en gros j'essaie de leur dire un petit peu ce que c'est parce que je pense que euh, je pense qu'une demi-heure pour eux c'est marcher dans la rue hein. » Dr Amélie.

Je peux cependant constater que, le plus souvent, les praticiens sont cohérents avec les recommandations lorsqu'ils donnent des objectifs à atteindre quotidiennement. Ces constatations convergent avec la revue de la littérature, le niveau d'activité considéré comme adéquat correspond à celui des recommandations (Winzenberg et al., 2009).

« Moi je dis toujours « au moins la marche, faites trente minute de marche par jour », c'est toujours ça. » Dr Georges.

D'autres médecins peu nombreux ont des conseils plus éloignés des recommandations :

- *« Ah oui, de la fréquence, tout ça, le détail, je l'aborde dans un deuxième temps, mais voilà, quand même, quand ils me demandent, euh, je parle de marche à pied souvent, parce que les gens pas sportifs, la course ça leur fait peur, le vélo n'en parlons pas, donc généralement marche à pied.*
- *D'accord.*
- *Et c'est là que je leur dis que ce serait bien vingt minutes par jour et après une heure le weekend, enfin bon, je rentre dans le détail. » Dr David.*

Même s'ils en parlent peu, la majorité des généralistes est donc sous l'influence des recommandations de l'INPES, parfois même presque à leur insu. Elles viennent compléter leurs conseils de bon sens et leur expérience professionnelle. Ces recommandations se rapprochent également des valeurs sociales du moment.

c) Expérience professionnelle et bon sens

Quel que soit le sujet, très souvent, les médecins généralistes expriment que c'est sur le terrain, au contact des patients qu'ils apprennent le plus. Certains ont, de façon marginale, exprimé qu'ils n'avaient pas besoin de formation car il ne s'agit pour eux que de conseils de bon sens. Cette façon d'en parler donne l'impression qu'il s'agit d'un thème difficile à aborder, voire à peine médical.

- *« L'environnement médiatique, oui, il a tendance à valoriser le sport, et même à en faire quelque chose qui règle tous les problèmes. C'est un peu excessif, mais bon... Le sport devrait tout régler !*
- *Et pareil, au cours de votre carrière, ça a évolué ce message ?*
- *Peut-être que je le gère différemment... Silence... Mais bon l'idée qu'il faille avoir une activité physique est quand-même ancienne. Moi, je crois que c'est comme pour tout : si on veut essayer, pour que ça marche, il faut avoir un peu de bon sens et proposer quelque chose de faisable au patient. Sinon, et bien on n'a rien du tout et on a tout raté. » Dr Paul.*

Lorsque les généralistes donnent des conseils généraux qu'ils estiment de bon sens, ils peuvent avoir l'impression de dire des banalités, comme le montre l'extrait suivant concernant les conseils en activité physique du Dr Sabine :

« Sur des choses plus générales, des demandes plus générales, je vous dis, j'ai toujours l'impression, que je vais faire un peu de prosélytisme et enfoncer des portes ouvertes, plutôt que de vraiment avoir un conseil précis, nous qui sommes quand même toute la journée dans des prescriptions on ne peut plus précises, j'ai... Peut-être que ce flou fait que je me sens moins à l'aise, puis j'interviens peu, je ne sais pas ce que les gens vont en faire et puis... » Dr Sabine.

Dans cet extrait, lorsque Dr Sabine évoque ses conseils en matière d'activité physique, elle ressent la banalité de ses conseils qu'elle qualifie de flous et cela la déstabilise.

D'autres médecins estiment au contraire qu'aborder le sujet exige des connaissances spécifiques. Par exemple, le Dr Georges pense que l'activité physique nécessite des compétences particulières que n'acquiert pas le généraliste s'il veut vraiment aider ou conseiller le patient.

« Mais, ce que je trouve regrettable, c'est que peut être qu'on ne se donne pas tous les moyens pour aider à faire. Et parfois on se dit « je ne peux pas faire parce que je ne suis que médecin ». Je ne suis pas éducateur sportif, je ne suis pas diététicien, je ne suis pas psychologue, je suis médecin généraliste. Et après, je pense que « chacun son métier ». Chacun son métier, chacun ses compétences. Si j'ai un patient qui a des blocages psychologiques sur l'alimentation, sur l'activité physique, je ne sais pas faire. » Dr Georges.

Dans ce contexte de formation insuffisante, les médecins sont donc plus ou moins à l'aise selon leurs expériences, leur bon sens « domestique » et leurs motivations. Quelles sont leurs autres ressources possibles ?

1-2) Influence de leurs expériences personnelles en matière d'activité physique

Sur ce sujet, aucun médecin ne nie l'influence que peut avoir sa propre activité sur les conseils qu'il va donner au patient. Leurs attitudes divergent cependant et je peux établir différents types de médecins selon leurs réactions face au patient.

Ce n'est pas surprenant, mais selon les données disponibles de nos entretiens, les médecins qui n'aiment pas parler d'activité physique ou qui ne sont pas convaincus de son intérêt sont tous des médecins qui ne pratiquent pas eux-mêmes une activité physique. A l'opposé, les médecins qui pratiquent eux-mêmes du sport régulièrement apprécient d'en parler et jugent l'activité physique essentielle. Dans ces cas-là, ils utilisent des termes lourds de sens qui soutiennent cette idée : ils « adorent », cela leur « tient à cœur », ou encore c'est leur « passion ». Les autres médecins qui ne pratiquent pas ou qui ont cessé cette pratique, aiment majoritairement le sujet, même s'ils ne se sentent pas toujours à l'aise pour en parler.

Tous s'accordent cependant sur le fait que le mode de vie du médecin doit être en accord avec son discours comme s'ils devaient se comporter comme des modèles, que leur choix soit d'en parler avec le patient et d'exposer leur pratique, ou au contraire d'éviter de relater leur propre expérience.

Tout d'abord, cela peut avoir un impact sur le fait d'aborder ou non le sujet. On peut à partir de ce constat reconnaître différentes catégories de médecins selon leurs attitudes. Il y a initialement deux groupes de médecins : ceux qui ne pratiquent pas d'activité physique et ceux qui pratiquent. Nous verrons ensuite le cas de ceux qui ont interrompu leur activité physique.

a) Les médecins qui ne pratiquent pas

Si on s'intéresse en premier lieu aux médecins ne pratiquant pas de sport ni d'activité physique, ils parlent moins souvent de l'activité physique voire évitent le sujet.

- *« Je ne fais pas de sport alors c'est pour ça... »*
- *Ah c'est...*
- *Non mais je pense que ça doit être... On a forcément...*
- *Votre statut de non sportif vous influence dans cette démarche ?*
- *Bah on est toujours influencé de... Enfin notre pratique elle est influencée par rapport... à notre vécu. Mais... Non c'est vrai, c'est quelque chose dont je ne parle pas beaucoup. Ça c'est vrai. » Dr Georges.*

Parfois, ils estiment être de mauvais exemples et ils se sentent discrédités et donc mal à l'aise. Ils peuvent même culpabiliser et préfèrent laisser les patients avec de fausses croyances les concernant. Un de ces généralistes, le Dr Armelle, ne cherchera alors pas à contredire un patient qui l'imaginerait faussement sportive. Le corps du praticien joue clairement un rôle, comme s'il devait être conforme à ce qu'en attend le patient qui souhaite voir un modèle en son médecin.

- « *Est-ce que ça peut avoir un rapport avec votre propre pratique ? Votre propre pratique du sport peut influencer vous pensez ?*
- *Je pense qu'on est plus à l'aise, mais ça j'essaie de ne pas le faire voir.*
- *Vous êtes sportive ?*
- *Non.*
- *Du coup vous pensez que ça peut influencer la discussion ?*
- *Possible, possible.*
- *Est-ce que vous avez des expériences marquantes par rapport à l'incitation à faire du sport ?*
- *Non, mais ce que je veux dire c'est que dans la pratique, je veux dire euh, tous les défauts que je peux avoir, j'essaie de les passer vraiment sous silence. Par rapport à ma personnalité, je ne vais pas aller leur dire "je fume", je ne vais pas aller dire, "je mange gras". Donc après ils s'imaginent, et je pense que ils s'imaginent que le médecin il a toutes les qualités ce qui est complètement faux, et faut les laisser croire ça. Et moi personnellement je pense que, effectivement on a beaucoup plus d'impact s'ils sont persuadés qu'on fait du sport, qu'on fait ceci, qu'on fait cela. Mais ça n'engage que moi par rapport à ça, mais j'en suis intimement convaincue, je ne vais certainement pas leur dire que je fume. » Dr Armelle.*

Dr Georges et Dr Armelle reconnaissent l'influence directe de leur absence de pratique personnelle d'activité physique sur leur comportement à ce sujet en consultation. On peut ressentir qu'ils ne se sentent pas assez convaincus personnellement de son intérêt pour eux-mêmes et donc pour les patients pour en parler.

On peut cependant relever qu'ils expriment une certaine culpabilité dans leur propos, Dr Armelle utilisant même le mot « faute ».

Les médecins ne pratiquant pas eux-mêmes une activité physique ont visiblement des difficultés pour en parler.

b) Les médecins qui pratiquent et se posent en exemple

Je m'intéresse maintenant à la deuxième catégorie de médecins qui au contraire, imprégnés de leurs investissements sportifs peuvent se montrer très intéressés voire insistants, aussi bien au cours de l'entretien qu'avec les patients qui les consultent. Ce sont surtout des médecins qui ont pratiqué un sport à un niveau élevé ou avec des compétitions.

Certains des généralistes interrogés n'hésitent pas à parler de leurs performances, de leurs expériences sportives, ils les partagent avec les patients et se présentent comme des modèles. Ils semblent qu'ils en ressentent même une certaine fierté. Cette démarche se veut souvent constructive.

- « Et votre comportement alimentaire à vous actuel ou passé, comment ça intervient ?
- Je leur dis que moi je fais attention et que je fais du sport, et que ce que je leur conseille, je le fais pour moi.
- Vous servez de modèle
- Pas de modèle mais moi, je me suis astreint à faire du sport deux fois par semaine, que je fais attention à ce que je mange etc.
- Vous êtes cohérent...
- J'essaye d'appliquer ce que je leur dis. » Dr Benoît.

Cette exposition de soi comme un modèle peut parfois tomber dans l'excès.

« C'est important l'hygiène de vie mais je pense qu'on ne peut pas demander à un patient d'arrêter de fumer, d'être mince, de pas avoir de tension si nous-mêmes médecins on n'est pas crédible... Un médecin qui a trente kilos de trop, qu'est-ce que vous voulez qu'il ait à dire ? Un médecin qui ne fait pas de sport, ce n'est pas la peine qu'il dise qu'il faut en faire ! Moi j'ai dans mon bureau une affiche de moi en train de faire une compétition, donc je leur montre, je leur dis c'est important. Parce que souvent les gens me disent qu'ils n'ont pas le temps de faire du sport, alors quand moi je leur dis que j'en fais ils se sentent un peu bêtes... C'est comme les parents qui fument et qui disent à leurs enfants de ne pas fumer... » Dr Laetitia.

On peut constater que Dr Laetitia impose d'elle une image parfaite, on lit à travers son discours qu'elle pense que tous les médecins doivent avoir un comportement exemplaire sans quoi ils perdraient toute légitimité d'intervention. On tombe alors dans un certain excès où tous les généralistes devraient être parfaits.

Parfois, le médecin impose sa propre activité physique comme argument pour pratiquer, il explique au patient que si lui, médecin, arrive à trouver du temps pour pratiquer une activité physique, alors le patient le peut aussi. Cela conduit dans ces cas à une forme d'intolérance de la part du médecin qui plutôt que de négocier avec le patient et de discuter de ces difficultés, s'oppose à lui, sous-entendant que s'il prétend manquer de temps, c'est un mensonge.

- « Et vous, vous faites du sport ?
- Ouais.
- Et vous en parlez des fois avec les patients ?
- Bah ouais.
- Vous leur dites : « Moi je fais ça... » ?
- Bah ouais.
- Ça influence ?
- Je ne sais pas, mais ça permet de discuter. Non, si, les gens qui me disent : « Je n'ai pas le temps, je n'ai pas le temps », « Ecoutez, moi j'ai le temps donc vous, vous avez le temps aussi ». On a toujours le temps. Si je leur disais : « Ah non, moi je ne fais pas de sport parce que je n'ai pas le temps », je n'aurais pas beaucoup d'arguments pour leur dire : « Si, si, on a toujours le temps ». C'est vrai que si on veut, on peut toujours s'organiser. » Dr Edouard.

c) Les médecins qui pratiquent mais n'en parlent pas

A côté de ces médecins qui font du sport ou un exercice et qui se servent de leur pratique comme exemple pour les patients, il y a une autre catégorie de généralistes qui pratiquent également mais qui choisissent de ne pas en parler avec les personnes qui consultent.

Ils semblent vouloir préserver leur vie privée, ils ne préfèrent pas mentionner le sport qu'ils font ni le lieu de cet exercice.

- « Évoquez-vous votre pratique avec les patients ?
- *Non, parce que déjà je ne voudrais pas les voir dans le même club que le mien si je leur en ai parlé. Par contre, quand on a fait le même sport qu'eux, on est un peu meilleur sur les pathologies et la pratique que cela engendre. » Dr Laurence.*

Les entretiens ne font pas ressortir la cause exacte de cette retenue. Dans cet extrait, il est difficile de savoir si le Dr Laurence ne souhaite pas être dérangée ou si c'est l'image de son corps en tant que sportive qui la gêne vis-à-vis de ces patients, avec la peur d'être jugée.

Pour ces médecins, évoquer leur sport avec les patients nécessite des affinités avec ceux-ci, ils choisissent ceux à qui ils décident d'en parler, et cela se fait plutôt rarement à les entendre. Ils ne veulent pas mélanger vie professionnelle et vie privée.

- *Vous disiez que vous faisiez du sport, en quoi ça influence les conseils que vous donnez aux patients ? Est-ce que parfois vous leur parlez de vous, de votre activité ?*
- *Rarement de ma vie personnelle parce que je n'aime pas. Après, si les gens me demandent, ça dépend aussi des gens effectivement, par rapport aux atomes crochus. Mais globalement, oui, je sais que pour moi aussi, par rapport au poids il y a des périodes un peu yoyo, donc je fais beaucoup de sport aussi, mais je leur dis, voilà, s'ils me demandent, de temps en temps, effectivement, si je sens que ça peut un peu les motiver, voilà, mais ça m'est arrivé de perdre 5 ou 6 kilos aussi en refaisant juste du sport et en faisant attention, des fois je peux leur en parler, mais globalement, je ne parle pas beaucoup de moi (...)*
- *Et ça influence un peu vos conseils aussi ?*
- *Je pense totalement, oui, ça fait partie intégrante en effet de ma vie à moi et en sachant que moi voilà, en ayant fait un minimum, en faisant pas mal de sport, sans avoir trop de poids à perdre, j'ai perdu 5 kilos, je le dis pour les gens effectivement. (...) Bon, j'ai la chance de ne pas fumer etc., de ne pas être en surpoids, je pense que les gens adhèrent un peu plus à un discours même s'il ne faut pas être catalogué et tout ça, (...) donc je pense que l'image est importante aussi, moi je pense que ça fait partie intégrante, mais chaque médecin ou professionnel est comme il est et il ne faut pas non plus cataloguer. Je ne dis pas que je suis le meilleur des médecins parce que je fais du sport et je ne fume pas, loin de là, mais je pense que ça participe à l'image aussi et je pense que ça motive un peu plus les gens aussi. » Dr Edmond.*

Dr Edmond n'aime pas parler de sa vie personnelle. D'ailleurs, au cours de l'entretien, il ne mentionnera pas quel sport il pratique. Cela ne l'empêche cependant pas de suggérer qu'un médecin qui fait du sport et adopte un mode de vie sain donnera une meilleure image de lui et sera plus efficace pour ses patients. L'idée de modèle est donc également présente chez les praticiens qui évitent de parler d'eux-mêmes.

- *« Et vous, en matière d'activité physique, vous m'avez dit ?*
- *J'en fais beaucoup.*
- *Ouais ? Vous faites quoi ? Ils le savent les patients ? Vous mettez... Ils vous voient...*
- *Ah non, non. Ceux qui sont... Ils me voient en vélo, dans le quartier donc ils savent...*
- *Mais même... Ils voient votre silhouette.*
- *Ce que je veux dire, c'est que... Non, non, y'a beaucoup de patients, les coureurs savent que je cours, les gens qui nagent savent que j'ai une piscine dans mon immeuble et que je nage le matin, mais c'est des trucs de sympathie, mais jamais, non, non, je ne vais pas dire : « faites comme », vous voyez ce que je veux dire, le certificat de sport qui s'inscrit au Paris Versailles, je dis : « ah, je l'ai fait l'année dernière, je le fais pas cette année », parce que je trouve ça marrant, mais je ne vais pas dire... Non, non les gens le savent parce qu'ils m'entendent monter l'escalier, ils disent : « Vous, vous devez faire du sport, vous êtes active ! », comme vous me dites, ils me voient, mais alors là, je fais parfaitement la part de...*
- *Et ils ne vous interpellent pas plus là-dessus, sur la minceur ?*
- *Si, bien sûr... Surtout qu'ils m'ont vue enceinte comme ça : « Et vous, comment vous faites pour rester mince ? », je leur dis : « vous savez, je fais beaucoup de sport », c'est déjà un peu de prosélytisme.*
- *Non, non, mais bon, vous ne vous appuyez pas là-dessus...*
- *Ils me disent souvent, vous mangez rien, moi je suis une grosse mangeuse, ils m'offrent d'ailleurs beaucoup de chocolat, je plaisante là-dessus, je dis : « non, vous savez, c'est une question de complexion, et puis j'ai toujours fait beaucoup de sport, y'a une interpellation, mais je n'ai pas l'impression de...*
- *Vous n'avez jamais eu de problèmes de poids... Pardon [de couper]*
- *A la limite, j'aurais plutôt peur que ce soit contreproductif ça.*
- *Mmh*
- *C'est à dire que : « moi, je fais comme ça, il suffit de faire pareil », non, non, je suis plutôt, sauf, je vous dis, ce matin, j'ai vu un type qui a fait le marathon, il m'a demandé, je lui ai demandé combien il avait fait, il me dit : « et vous, vous remettez à la course ? », je dis : « non » ! « bien alors, faut vous y remettre ». Voilà, mais, ça, c'est pas de la question médicale, en plus lui, il n'a pas besoin de mes conseils, il en fait dix fois plus que moi,*
- *Oui*
- *Non, non, moi, je... Au contraire, je me mets plutôt en retrait parce que je ne veux pas avoir l'impression que c'est facile et que... Qu'il suffit que... Y'a qu'à faut qu'on, même si effectivement, je suis interpellée là-dessus...*
- *Mmh. Vous n'avez jamais eu de problème de poids ?*
- *Non. Non.*
- *Enfin, à part les grossesses !*
- *Non, non*
- *Oui,*

- *Non, non... Mais d'un autre côté, j'ai eu trois grossesses, je suis assez intéressée par tout ce qui est diététique sportive, et donc j'essaie quand même de, de faire comprendre que le corps sait ce dont il a besoin, moi, c'est un truc, c'est en faisant du sport que je me suis rendue compte de ça, je sais ce que je dois manger pour l'activité que j'ai, je suis aussi consciente, c'est-à-dire que je sais toujours ce que je dois manger pour l'activité que j'ai, je suis aussi consciente de... C'est aussi des trucs qu'on met dans la consultation, vous voyez ce que je veux dire, on n'est pas des robots, mais... Mais, c'est quelque chose, voilà, que je vis, que j'essaie de partager, mais jamais de critères personnels, jamais d'histoire personnelle... » Dr Sabine.*

Dans cet extrait, il apparaît clairement que Dr Sabine ne cache pas sa vie sportive à ses patients, elle n'en aborde les détails que selon les affinités qu'elle ressent avec ceux-ci. Bien qu'elle ne souhaite pas se présenter comme un modèle, son aspect physique témoigne de ses choix d'un mode de vie sain.

Ces médecins se mettent en retrait, ce sont les patients qui sont au centre de la consultation et non pas les médecins.

- *« Et est-ce que ça vous arrive d'évoquer votre pratique à vous avec vos patients ?*
- *Non, jamais, ça rentre jamais dans la consultation, c'est eux le sujet. Je ne suis pas un exemple... Ou un patient me dit : « Je vais jouer ça » et je vais répondre : « Où est-ce que vous jouez parce qu'on fait la même chose »... Voilà ça rentre dans la conversation... » Dr Cyril.*

d) Les médecins qui ont interrompu leur activité physique

Parmi les médecins interrogés, deux ont cessé leurs activités physiques en raison de blessures mais ils prévoient de la reprendre dès que leur état de santé le leur permettra. Ils partagent régulièrement leurs expériences personnelles avec leurs patients.

Un troisième médecin, le Dr Roger, a arrêté ses activités physiques en raison d'un manque de motivation.

- *« Et la pratique physique ?*
- *Un peu moins*
- *Un peu moins ?*
- *C'est peut être le point faible...*
- *Du coup, ça vous amène à en parler moins ou vous n'y pensez pas ?*
- *Je ne peux plus me donner comme exemple...*
- *Ah carrément ?*
- *A un moment je faisais tous les jours ma marche avant de venir ici !*
- *Vous montriez vos mollets ? Ah oui, exact, vous m'aviez dit !*
- *Depuis un an et demi, je ne sais pas, je n'arrive plus à le faire*
- *C'est un problème de temps ?*
- *Peut-être de volonté, tout simplement, et puis de temps aussi, enfin, d'organisation*

- *Mmh*
- *Je ne peux plus en parler comme ça... Mais bon...*
- *Vous disiez aux patients, vous aviez cette hygiène de vie...*
- *Non... Je leur disais : « Vous voyez ? je trouve bien le temps », enfin, pas forcément, je ne parle pas beaucoup. » Dr Roger.*

Dans cet extrait, le Dr Roger exprime qu'il est passé d'un statut de médecin qui se pose en modèle grâce à son activité physique à un statut de sédentaire qui ne lui permet plus de se donner en exemple.

e) Des activités non professionnelles sources de connaissances spécifiques

L'intérêt et la motivation du médecin pour sa propre activité physique ou sport lui permettent d'acquérir une certaine culture sportive et des connaissances spécifiques en dehors de tout cadre professionnel.

Par la suite, au cours d'échanges avec les patients, il peut y avoir échanges de savoir grâce au partage d'expériences quant aux pratiques sportives des deux acteurs au cours de la consultation.

Cela est d'autant plus vrai quand tous les deux ont une passion sportive commune, ils échangent alors parfois de façon plus technique et peuvent ressentir une certaine complicité. Le médecin peut par exemple donner des conseils spécifiques pour un sport qu'il connaît bien, parfois il raconte même ses blessures et les leçons à en tirer, mais cela se produit selon les affinités existant entre le médecin et son patient.

- *« Vous en matière d'activité physique, en tant que patiente... Vous faites, je suppose, par rapport à ce que vous m'avez dit...*
- *Oui.*
- *Par goût, par hygiène ?*
- *Oh par goût !*
- *Dans le passé vous en avez fait aussi...*
- *Oui, oui !*
- *Ça influence votre prise en charge ?*
- *Oui bien sûr...*
- *Forcément... Et d'évoquer votre pratique de l'activité physique avec vos patients ça arrive ?*
- *Alors ça arrive, oui, pas du tout de façon systématique, absolument pas, mais ça arrive, notamment pour la course à pied, dans la mesure où ceux qui viennent pour faire de la course à pied...*
- *C'est votre sport à vous ?*
- *Entre autre oui, enfin c'est celui que je pratique le plus... Quand ils viennent pour des certificats, quand ils font de longues courses, pour de la traumatologie ou des choses comme ça, là, je sais comment je peux les aider de façon plus pertinente dans la mesure où quand on pratique quelque chose, on sait bien ce qui peut aller, ce qui peut ne pas*

aller, donc... Après il y a des conseils qui peuvent s'installer, très, très précis. Quelqu'un qui court, quand on aborde le sujet, il s'aperçoit très, très vite que la personne en face...

- *Connaît son sujet ?*
- *... Court aussi, oui. Et du coup ça peut m'amener à lui dire...*
- *Et puis ça appuie votre discours, votre expérience...*
- *Oui bien sûr ! Et puis après, dans les temps, c'est pareil, quand ils me donnent des temps ou des trucs comme ça, bah forcément pour moi ça veut dire quelque chose, donc en fonction de mes réactions, il y en a qui sentent, enfin, que j'apprécie par exemple à la juste valeur quand ils donnent un temps ou un truc comme ça... Donc oui ça m'arrive d'en parler. » Dr Hélène.*

Dans cet extrait, on peut noter que, dans ces cas, la consultation dépasse le cadre médical. L'information n'est plus donnée dans le sens unique du médecin vers le patient mais circule dans les deux sens, sous forme d'un échange d'égal à égal comme si une certaine complicité s'installait.

Nous avons donc vu que les médecins peuvent avoir des parcours professionnels et personnels variés et complexes. Quel retentissement cela peut-il avoir sur leurs convictions ?

1-3) Des convictions au croisement de leur parcours professionnel et de leur vécu personnel

a) Aborder en entretien le thème de l'activité physique

L'introduction du sujet

Dans la première partie de l'entretien, nous demandons à chaque médecin ce que représente la prévention, la question reste suffisamment évasive pour que le médecin s'exprime librement. Beaucoup de médecins d'ailleurs, devant la multitude des thèmes abordables, jugent la question un peu vague, mais elle permet d'ores et déjà de repérer quels sont les généralistes qui vont spontanément parler de l'activité physique. La majorité des médecins choisissent d'énumérer toutes les préventions auxquelles ils pensent.

« Et bien écoutez, c'est une bonne question mais elle est trop large, parce que globalement, on a quand même là actuellement, toutes les femmes qui ont 50 ans reçoivent une mammographie, tous les gens qui ont entre 50 et 55 ans, reçoivent un papier pour ce qui est Hemocult, donc on fait tout ça, la grippe je m'occupe aussi, les frottis, on fait les frottis, le Gardasil, voilà c'est trop vaste, on a discuté avec la personne de la Sécurité sociale, par rapport à mes relevés parce qu'il semblerait qu'il faut que je fasse plus attention sur mes diabétiques et le fond d'œil, si vous voulez donc voilà, votre question... Oui on fait de la prévention tous les jours à chaque consultation, les fumeurs on rediscute.... Il y a toujours quelques minutes qui y sont consacrées quel que soit le motif

de la consultation, pareil ce matin, il y avait un monsieur qui est venu qui a mal au dos, il est notablement en surpoids, on a rediscuté de la marche à pied, dans sa vie, la marche à pied c'est un truc qu'il ne fait pas. Vous voyez dans la prévention, quelqu'un comme moi va vous répondre à toutes les consultations. Question suivante ou plus précisément parce que sinon... Ou quelque chose de plus pointu... » Dr Bénédicte.

Les autres préfèrent ne pas répondre car ils aimeraient plus de précisions sur ce qu'attend l'enquêteur.

Dans cette première question introductive, l'activité physique est citée par moins d'un médecin sur cinq, en dernière position derrière l'hygiène alimentaire, et même l'alcool, et très loin derrière le tabac qui est évoqué par près d'un médecin sur deux.

Parmi ces praticiens qui suggèrent dès le début l'activité physique, tous sont sportifs ou l'ont été, ou bien on ne connaît pas leur statut. Aucun d'entre eux ne se déclare comme non sportif.

Les médecins parlent cependant volontiers de prévention cardio-vasculaire ou de problème de surpoids dans leur globalité, sans en spécifier les détails, ils ne citent pas forcément l'activité physique.

Au total, moins de la moitié des médecins va aborder de façon spontanée le sujet au cours de la totalité de l'entretien, certains alors qu'ils évoquent le problème du diabète ou de la nutrition, d'autres lorsqu'ils parlent du sevrage tabagique. Enfin d'autres médecins en parlent quand on les interroge sur ce qu'ils essayent de faire pour eux-mêmes en matière de prévention, ils parlent de leur propre activité physique, comme s'ils en ressentaient une certaine fierté, alors qu'ils n'en avaient pas parlé auparavant pour leurs patients.

Pour d'autres, au contraire, lorsqu'on leur demande ce qu'ils font pour eux en matière de prévention, ils ne parlent pas de leur activité physique. Ils représentent environ la moitié des praticiens. Parmi eux, près des deux tiers n'en parlent pas non plus pour leurs patients. Environ un tiers en parle avec les patients bien qu'ils n'en parlent pas pour eux, ce qui laisse supposer soit qu'ils ont oublié d'en parler, soit qu'ils ne pratiquent pas et préfèrent ne pas l'évoquer.

L'activité physique n'est donc pas un thème qui préoccupe énormément les médecins. Il peut parfois être cité, un peu de façon aléatoire au cours de l'entretien, sauf pour de rares médecins pour qui elle constitue un enjeu majeur.

Mais lorsque nous abordons le sujet en entretien, parlons-nous de la même chose ? Quand l'enquêteur parle d'activité physique ou de sport, que comprend le médecin interrogé ?

Des problèmes de définitions

L'activité physique ne peut pas être réduite à la seule pratique d'un sport. Son concept est beaucoup plus large. Par exemple, le PNNS regroupe sous le terme d'activité physique modérée des occupations diverses telles que la marche rapide, certains travaux domestiques (laver les vitres ou la voiture, passer l'aspirateur, le jardinage, etc.) ou loisirs (danse, vélo, natation, aquagym, etc.). J'ai rappelé en introduction les ambiguïtés qui surviennent lorsqu'il s'agit de définir le sport et les difficultés qui existent parfois pour trouver une frontière entre les notions de sport et d'activité physique.

Comment les médecins s'approprient-ils ces deux notions ? La question de la définition de l'activité physique ou du sport ne faisait pas partie de la grille d'entretien. Mais quelles nuances ou différences font-ils entre sport et activité physique ?

Certains médecins ne vont parler que de sport ou que d'activité physique, d'autres vont mélanger les deux, et d'autres sont plus structurés dans leur pensée. Le guide d'entretien ne tient pas compte de la différence entre ces deux notions, ce qui explique en partie leur entremêlement. Ce flou choisi par les enquêteurs laisse plus de liberté dans les réponses des médecins. De plus, les expressions qu'ils utilisent permettent d'explicitier leurs façons de voir les choses.

Quelques médecins se limitent donc au sport, ils ignorent au cours de l'entretien tout le pan de l'activité physique quotidienne (marche, escaliers, etc.).

- *« Comment vous évaluez l'activité physique d'un patient ?*
- *S'il court deux fois par semaine... Nombre de fois, de temps : combien de fois vous y allez. (...)*
- *Quand ils ne demandent pas, comment vous abordez le sujet... Quels objectifs...*
- *Bien déjà, est-ce qu'ils ont envie de faire du sport ? S'ils n'ont pas envie, je peux leur en parler, ça ne changera rien. Il y a des gens qui ne sont pas sportifs. Et même s'ils ont envie, qu'ils trouvent ce qu'ils ont envie de faire. (...)*
- *Est-ce que vous associez les conseils sur l'activité physique à d'autres conseils sur l'hygiène ou...*
- *Non, quand je parle de sport, je parle de sport (...)*
- *Et vous vous souvenez de la dernière fois où vous avez abordé le sujet ?*
- *Je le fais toute la journée des certificats... Je n'en peux plus des... » Dr Cyril.*

Alors que l'enquêteur utilise le terme « activité physique », le Dr Cyril reste dans le domaine du sport, il ne mentionne pas les activités physiques non sportives et il donne des réponses fermées aux questions qu'on lui pose.

Beaucoup de médecins mélangent activité physique et sport, et passent de l'un à l'autre, soulignant le flou de ces concepts. Cela permet au praticien de s'adapter rapidement à chaque patient, à ses envies et ses possibilités. D'autres, moins nombreux, les différencient mieux, ils vont alors passer d'un concept à l'autre selon la tournure que prend la consultation.

Si la perception de ces deux notions varie d'un médecin à l'autre, ceux qui parlent non seulement du sport mais également des autres activités physiques, interpellant de cette façon un plus grand nombre de patients, ont certainement à l'esprit le bénéfice qu'elles peuvent avoir pour la santé. Quel lien les médecins établissent-ils entre les activités physiques et ses impacts sur la santé de chacun ?

b) Le lien entre activité physique et santé

Les bénéfices attendus

Quels bénéfices pour la santé les praticiens attendent-ils ?

Quelques médecins rappellent que les activités physiques font partie de la nature humaine, elles font partie des bases, il s'agit d'un fondement pour une vie saine.

« L'ostéoporose je suis convaincu que c'est une problématique majeure, c'est une pathologie grave, ça j'ai bien en tête que 30 % des gens qui se cassent le col, dans l'année qui suit... Donc pour moi le dépistage de l'ostéoporose c'est important et je pense que c'est pour cela que l'activité physique c'est essentiel, dans la préservation du capital osseux et puis on n'est pas fait, à l'origine, on allait chasser, on n'est pas fait pour être assis devant un bureau. A l'origine on n'est pas fait pour ça et c'est ça qui crée tous les problèmes. On est fait pour faire du sport, courir et aller pêcher et chasser. » Dr Babette.

L'idée qui ressort le plus souvent des entretiens est que la pratique d'une activité physique permet surtout une perte de poids en complément de l'approche alimentaire. Les médecins expriment qu'elle est indispensable dans ce cadre, afin d'augmenter les dépenses énergétiques.

- *« D'accord. Quels genres de conseils est-ce que tu peux donner ? Pour la motivation ?*
- *Quels genres de conseils je peux donner ? D'abord, d'y aller lentement. Les kilos vite perdus sont des kilos vite repris. Qui va lentement, va sûrement. Donc une perte de poids d'un kilo par mois me paraît très raisonnable, et ne pas demander des efforts démesurés, car se mettre en privation, ce sera forcément se venger plus tard.*
- *D'accord.*
- *Ensuite, pour perdre du poids, il faut faire entrer moins de calories dans son corps sans se priver, il faut en brûler plus, donc il faut se bouger, il faut faire de l'activité physique, et il faut stimuler le mécanisme d'élimination en buvant bien de l'eau. » Dr Damien.*

L'autre bénéfice pour la santé cité par les médecins est la diminution du risque cardio-vasculaire grâce à un meilleur contrôle de la tension artérielle, d'une dyslipidémie ou d'un diabète. Dans ces cas-là, certains rapportent même que l'activité physique peut permettre de diminuer voire arrêter un traitement médicamenteux, elle devient alors une thérapeutique à part entière.

- *« Et vous aimez aborder ce sujet ?*
- *Oui, c'est un truc qui me plaît bien.*
- *Pourquoi ?*
- *Parce que je trouve que c'est une des manières, acheter une paire d'Adidas, c'est tellement plus jouissif que de prescrire du Diamicron, que... Enfin voilà, on sait que ça rend plus service aux gens et on a vraiment l'impression de rendre service aux gens : réellement. Je ne sais pas pourquoi mais en tout cas c'est mon dada on va dire. » Dr Dimitri.*

« Je veux dire, sortir de la sédentarité, c'est un petit peu le projet que j'ai. (...) Je veux dire, on sait très bien que les gens qui font du sport, consomment 30 % moins de médicaments au cours de leur vie. Donc j'ai envie de les initier au sport. (...) Donc la lutte contre la sédentarité pour moi c'est une grande, grande prévention. » Dr Philippe.

Dans cet extrait, Dr Philippe aimerait diminuer la consommation médicamenteuse de ses patients grâce à l'activité physique. Il donne d'ailleurs une estimation chiffrée de 30 % pour cette baisse afin de prouver ses déclarations. Je n'ai pas retrouvé de résultat la confirmant lors de ma recherche bibliographique. Cependant, des études montrent que l'activité physique peut permettre de rendre inutile voire de différer un traitement médicamenteux chez un hypertendu ou de l'alléger chez un diabétique (INSERM, 2008).

Enfin, les médecins citent également l'effet que l'activité physique peut avoir sur le psychique avec le bien-être qu'elle apporte.

« Le sport, ça permet un peu de vider un peu le stress, ça permet d'être mieux dans sa tête, et donc ça agit aussi.... Y a pas que sur le poids, ça agit aussi sur le mental. » Dr Claire.

D'autres bénéfices sont cités plus occasionnellement, comme par exemple la diminution du risque d'ostéoporose ou de développement d'un cancer du sein.

Une prévention comme les autres ?

Les médecins connaissent donc bien les bienfaits des activités physiques et en sont convaincus. Le seul médecin faisant exception est le docteur Georges, non sportif :

« C'est vrai que je n'en parle pas souvent. Mais c'est parce que je ne suis pas convaincu que c'est utile. » Dr Georges.

Pour beaucoup de praticiens, il s'agit d'une prévention primordiale, aussi importante que les autres.

- *« Quelles sont tes convictions au niveau alimentation et problèmes de santé ?*
- *Ah oui, alors là je suis plus que convaincu. C'est quasiment la première des médecines. L'hygiène de vie, alimentaire, sportive, c'est la première des médecines. » Dr Damien.*

D'autres médecins, peu nombreux, y accordent moins d'importance, comme par exemples les Dr Claire, elle-même très peu sportive, ou Dr Anaïs qui ne pratique que selon ses périodes de motivation :

- *« Et dans votre pratique, dans tous les axes que vous abordez en prévention, l'activité physique ça a une place importante ?*
- *Euh... Moins... J'allais dire « elle a une place ». Elle a une place mais... Certainement moins que tabac, alcool euh nutrition. Voilà. » Dr Claire.*

- « C'est vrai que je suis moins systématique sur l'activité par rapport au frottis, ou à d'autres choses en fait. (...) »
- Et par rapport à d'autres sujets de prévention tu places où l'activité physique ?
- C'est important, mais c'est vrai que je, je la mettrais, moi je le mets après tous ce qui est examens médicaux et puis le tabac et l'alcool, en fait je le mets après. Dans l'interrogatoire aussi je le pose après. » Dr Anaïs.

Ces deux médecins, Dr Claire et Dr Anaïs négligent donc cet aspect de la vie des patients qui ne les intéresse pas vraiment, et elles le reconnaissent.

Lorsque le temps de la consultation est limité, ces médecins vont donc donner la priorité aux autres préventions plutôt qu'à l'activité physique. Mais en pratique, les autres praticiens, même lorsqu'ils s'accordent théoriquement sur l'importance de l'activité physique, hiérarchisent les préventions et une grande majorité l'aborde après les autres thèmes.

A l'extrême, le Dr Armelle qui n'est pas du tout sportive ne considère pas l'activité physique comme une prévention.

- « Est-ce que pour vous c'est, comment vous évaluez l'importance de l'activité physique par rapport à d'autres sujets de prévention ? »
- Vous voulez dire... Oui c'est peut-être celui que j'aborde le moins facilement. Je l'aborde si vous voulez mais c'est probablement le moins abordé.
- Parce que vous avez l'impression que c'est moins important ?
- Non, non, non c'est que vous avez raison, je ne le prends pas comme une prévention ouais. Donc euh ouais, et ça c'est de ma faute. » Dr Armelle.

Au total, les généralistes sont presque tous conscients des avantages à pratiquer des activités physiques. Leurs convictions semblent proportionnelles à leur pratique personnelle et à leur investissement sportif.

Cela ne les empêche cependant pas d'avoir en tête les risques potentiels qui lui sont associés.

La perception des dangers liés aux activités physiques

Le discours des médecins interrogés ne rentre cependant pas dans un réductionnisme médical et psychologique qui consisterait à dire que le sport est toujours favorable à la santé.

Certains médecins, alors que nous ne leur avons même pas demandé s'ils avaient des peurs par rapport aux risques des activités physiques, donnent des conseils qui sous-entendent une crainte de blessure.

Certains conseils sont donc orientés pour minimiser le risque d'accident, il s'agit de bien s'échauffer, de s'hydrater et s'alimenter correctement. L'équipement doit être adapté avec de bonnes chaussures.

« J'essaie de me perfectionner un petit peu, même sur le plan articulaire pour vérifier qu'il n'y ait pas de soucis au niveau du dos, des pieds, enfin, voilà, j'essaie de vérifier qu'il n'y ait pas de soucis potentiels et qu'ils puissent avoir une pratique sportive euh, euh, non contre-indiquante et sans effets indésirables après... Enfin, voilà, je vérifie qu'ils soient bien chaussés, qu'ils s'hydratent bien, qu'ils fassent bien l'échauffement, qu'ils ne partent pas comme ça comme des fous, qu'ils aient une bonne alimentation, je fais un interrogatoire un peu poussé là-dessus. » Dr Adèle.

➤ Des craintes liées aux pratiques

Ils se méfient également de certains sports ou types de pratique :

- les efforts trop violents ou statiques, comme par exemple la musculation

« Je fais à la fois le versant comportement alimentaire équilibré, varié, diversifié ; le PNNS : pas de régime, pas de médicaments, c'est à l'eau claire et l'exercice physique d'endurance, pas violent, ni dangereux : risque de mort subite. » Dr Daniel.

- Les sports décrits comme dangereux

Les généralistes décrivent certaines activités comme dangereuses, ce sont d'une part l'équitation, le cyclisme, à risque de chutes ou d'accidents de la voie publique.

« Je leur fais faire du vélo d'appartement, en ville c'est un peu dangereux. » Dr Daniel.

Ce sont d'autre part des sports à impacts dont la course à pied qui peuvent être plus traumatisants, ils peuvent causer des problèmes articulaires.

- *« Les gens ont des croyances, beaucoup de croyances, ils disent « oui euh, je fais du sport. », et je dis « et le sport c'est bon pour la santé ? », ils me disent « oui bien sûr », je dis « ah bon, ok », alors je leur cite des chiffres sur l'équitation, le vélo, les sports les plus dangereux.*
- *Quels chiffres ?*
- *Des chiffres tirés de, de machin, par rapport à tous les sports les plus dangereux c'est l'équitation et le vélo... Par rapport à la marche par exemple. Donc tous les sports sont pas semblables, donc il y a des croyances, des croyances sur « du moment qu'on fait un sport c'est bien ».*
- *Donc toi tu leur dis ça dépend du sport.*
- *Bien sûr ça dépend du sport, ça dépend de plein de chose, de toute façon tout sport de compétition entraîne une fatigue du corps, une usure. Donc tout sport excessif ce n'est pas bon, ça c'est une lapalissade mais je pense que c'est...*
- *Donc tu discutes avec eux de quel sport ils pourraient faire ?*
- *Non, alors là ça fait que 2 ans que je suis là hein, donc qu'est-ce que je leur dis, alors souvent ils me disent « ouais mais moi je fais du jogging », je dis « ah », par exemple pour une femme qui me dit ça je lui dis « vous savez le jogging pour une femme à partir de 35, 40 ans c'est pas très bien », elle me dit « ah bon pourquoi », euh « descente des organes, au niveau des seins c'est pas beau, au niveau des bajoues, votre cou, c'est pas bon, donc*

vieillesse prématurée du visage », « ah, j'arrête ! » (rire). Donc pas de sport d'impact pour une femme après 40 ans, basket..., sport d'impact, c'est pas sport de contact, sport d'impact, footing, etc., quand tu cours, la marche c'est pas un sport d'impact, donc euh. » Dr Armand.

Dans cet extrait, Dr Armand reprend les risques associés à certains sports. Là encore, il parle de chiffres pour faire preuve mais sans pouvoir les préciser, comme s'il s'agissait d'une vérité trop évidente. Mais ces dangers ne semblent pas aussi clairs pour ses patients qu'il estime soumis à de fausses croyances.

Ces sports décrits comme dangereux ne sont pourtant pas ceux qui sont à l'origine du plus grand nombre d'accidents. En première partie, j'ai en effet rappelé que les sports qui occasionnent le plus d'accidents sont ceux qui se pratiquent avec un ballon, surtout le football. De plus, le risque augmente avec le nombre de sports et la fréquence de pratique, mais l'approche préventive s'intéresse surtout à ceux qui ne pratiquent pas suffisamment.

- L'excès de compétitions, la pratique excessive

« Se lancer dans la marche à pied à fond ou dans la course à pied à fond, on fait des bêtises. C'est-à-dire que si on court trop vite, trop longtemps, on se... En fait, on a des effets néfastes, des blessures, etc. » Dr David.

- Une méfiance chez certains patients

D'autres évitent certaines activités chez certains patients, comme la reprise d'une activité physique exigeante, par exemple le tennis, après avoir passé l'âge de 50 ans.

- *« Et certains patients viennent pour demander de l'aide sur l'activité physique ?*
- *Oui, en général c'est après avoir eu une entorse, un lumbago avant, et puis à l'occasion d'un certificat médical pour une reprise d'activité parce que eux-mêmes sont demandeurs de ça. Il m'arrive de déconseiller un certain nombre d'activités aux gens, ça, ça arrive de temps en temps, en leur expliquant qu'ils n'ont pas le morphotype pour ça, ils feraient mieux de faire autre chose.*
- *Comme ?*
- *Les gros qui viennent d'arrêter de fumer et qui veulent jouer au tennis (...) ou qui viennent pour un certificat médical de plongée sous-marine alors qu'ils sont sous anticoagulant ou enfin ça c'est un peu extrême, ou de parachutisme.*
- *(...)*
- *Et au niveau de la reprise, vous avez parlé des patients obèses, tabagiques... vous êtes plus méfiant par rapport au type de sport.*
- *Bien oui, ils ont arrêté le sport à vingt ans, ils arrivent à cinquante ans « je vais m'y remettre » et ils s'imaginent qu'ils vont pouvoir faire leurs trois heures de tennis comme avant. » Dr Dimitri.*

Ils craignent l'existence de facteurs de risque cardio-vasculaires tels que l'excès de poids, le diabète qui pourraient être à l'origine d'accidents cardio-vasculaires.

- « Et vous en profitez pour leur donner d'autres conseils, en nutrition, pour le sommeil ?
- Bah ouais, de manger équilibrer, de faire trois repas par jour, de ne pas grignoter, de ne pas picoler, de ne pas fumer. Bon les sportifs qui font du sport régulièrement, en général, ils ont une alimentation équilibrée, ils ne fument pas ou peu et ils ne boivent pas ou peu, voilà. Alors le problème, c'est le sportif occasionnel, qui se dit : « Tiens je vais faire du sport », à quarante ans, quand on n'en a pas fait depuis vingt ans, qu'on a pris quinze kilos, qu'on fume un paquet de clopes, là le sport peut ne pas être une bonne chose. » Dr Edouard.

Les études citées en première partie montrent en effet que la reprise d'une activité physique chez un patient avec des facteurs de risque augmente le risque cardio-vasculaire, mais ce risque diminue ensuite avec l'ancienneté de la pratique pour descendre sous sa valeur initiale, l'activité physique devient alors moins dangereuse et même bénéfique. Ce n'est pas la pratique régulière qui occasionne le risque chez ces patients mais la reprise brutale de celle-ci.

➤ Des craintes d'accident

Ils craignent des accidents au cours de la pratique :

- tendinites, entorses, accidents musculaires

« La priorité « primum non nocere », « le moindre mal », quand un type s'est vraiment... Pour la 2^e fois fait une rupture myo-tendineuse du quadriceps au rugby, je lui explique que c'est plus un sport pour lui. A 43 ans, c'est fini, et donc, il faut faire autre chose. » Dr Claude.

- des malaises

- « On en profite pour faire ça, pour expliquer des choses, j'ai un de mes patients qui a fait un marathon, il ne savait pas du tout l'histoire du coureur du marathon, puis, en plus, il a fait un malaise,
- mmh
- Il s'est retrouvé à l'hôpital, mais, voilà, il ne savait pas, donc de ré-insister sur la pratique sportive dans des clubs, au moins de se renseigner un peu sur ce qu'on fait,
- Mmh
- Alors, c'est élargir sur « moi et mon corps quoi ! » parce qu'on voit des gens qui en faisant du sport qui se maltraitent...
- Benh, ce n'est pas...
- Regardez certains qu'on voit courir dehors ! » Dr Roselyne.

- Une mort subite

- Des accidents cardio-vasculaires (infarctus, etc.) les incitant à rechercher des facteurs de risque ou à adresser au cardiologue

- « Mais vous l'activité physique en particulier... Le diabétique déséquilibré qui arrive, ce n'est pas la seule chose que vous allez lui dire ?
- Je pense que c'est trop tard... Moi sincèrement je crois que c'est un peu trop tard... Je leur dis hein, je leur dis qu'il ne faut pas en faire trop... Mais quand vous avez quelqu'un qui fait quatre-vingt-dix kilos, qui...
- Vous n'y croyez pas vous-même, à ce que vous dites ?
- ... Qui a soixante-soixante-cinq ans, je le vois mal faire du sport, parce que je pense que cela serait plus dangereux et il risquerait plus de faire un infarctus que de... Mais moi je leur dis systématiquement de faire de la marche. Je leur dis... » Dr Georges.

➤ Les craintes des médecins et leurs expériences

Malgré tout cela, les médecins ne signalent pas vraiment de mauvaise expérience concernant leurs patients, ou très peu en tout cas.

Quand les praticiens donnent des exemples à l'enquêteur, ce sont eux-mêmes qu'ils citent dans ces cas-là, ils rapportent les blessures qu'ils ont subies au cours de leur pratique sportive personnelle.

- La tendinite du Dr Bernard

« Moi-même, je ne fais plus de jogging parce que j'ai une tendinite depuis six mois, je suis très malheureux ! J'en fais depuis 35 ans ! » Dr Bernard.

- La rupture du tendon d'achille du Dr Guillaume

« Oui, si, j'essaye de faire une activité physique quand je peux, quand je ne me fais pas une rupture du tendon d'Achille, oui... » (Rires) Dr Guillaume.

- Les blessures multiples du Dr Rémi

« Et puis j'ai eu un problème de tendons assez grave, aux tendons d'Achille, j'allais encore un peu à la salle. Et puis après j'ai eu une capsulite d'épaule... Et je ne peux plus ni faire fonctionner le bas, ni faire fonctionner le haut. (...) Sinon je me suis cassé desorteils au karaté, mais rien de... » Dr Rémi.

- Dr Sébastien a fait son bilan cardiologique avec épreuve d'effort

« Je fais du sport. Je fais du jogging régulièrement depuis que j'ai 50 ans, après avoir fait des examens complets, totale, cardiaque, et tout ça, parce que je n'ai pas l'intention de mourir, justement l'idée ce n'était pas ça (rires), l'idée ce n'était pas de mourir. Donc j'ai fait tout, épreuve d'effort et tout ça. » Dr Sébastien.

Les médecins connaissent donc bien les bienfaits de l'activité physique, mais ils sont aussi conscients de ses risques et dangers potentiels et ces différents éléments sont pris en compte quand ils abordent le sujet en consultation. Ce sont plutôt les bénéfices de l'activité physique qu'ils devront mettre en avant pour convaincre leurs patients de pratiquer. Comment, dans ce contexte, évaluent-ils l'efficacité de leurs interventions ?

c) **Changer les comportements**

- *Des préjugés avec certaines catégories de patients*

Les médecins estiment qu'il est souvent difficile de changer le mode de vie de certaines personnes.

Ils pensent que si les patients n'ont jamais fait de sport, ils n'en feront jamais par la suite quels que soient leurs conseils.

- *« Est-ce que t'as l'impression que t'arrives à changer les comportements, à motiver les patients ?*
- *Ouais quand-même, quand-même. Ouais, alors on ne va pas tellement influencer, on influence peu le... Les comportements des gens, dans le sens où c'est assez rare que les gens sur nos conseils ils se mettent à faire du sport, un petit peu mais euh, ils vont peut-être adapter le sport.*
- *Modifier leur pratique ?*
- *Voilà, c'est-à-dire que quelqu'un qui faisait un sport comme ça et qu'au final il s'est fait mal ou que ça lui convenait pas, il va faire autrement, il va en faire un autre, donc là-dessus oui. Mais quelqu'un qu'est pas sportif, c'est rare qu'il le devienne grâce à nous, mais il y a toujours une écoute positive des gens. » Dr Axel.*

Les généralistes ont également des difficultés avec certaines personnes, selon leur niveau social ou leurs pathologies. Cet aspect sera étudié en fin de travail lorsque nous aborderons les différents types de patients et la façon dont le praticien s'y prend en consultation avec eux.

- *Ressenti d'efficacité*

Les médecins arrivent parfois à changer les comportements de leurs patients, ils reconnaissent que ces réussites sont plutôt marginales et ne concernent qu'une faible proportion d'entre eux, mais ces expériences-là sont sources de ressentis positifs : cela leur fait plaisir : ils expriment une certaine satisfaction lorsqu'ils aident le patient à changer son mode de vie en matière d'activité physique.

« Je pense que de temps en temps on arrive à en faire changer un sur cinquante, enfin je n'ai jamais fait de statistique mais finalement le un sur cinquante je crois qu'il nous apporte beaucoup de satisfaction et du coup on oublie les 49 qui n'ont pas encore changé ou qui changeront l'année prochaine. » Dr Laetitia.

Face aux échecs, nombreux sont les médecins qui n'insistent pas si le patient ne souhaite pas pratiquer une activité physique. En effet, dans ces cas-là, il leur semble inutile de s'obstiner, ils renoncent, convaincus qu'ils n'ont aucune chance de réussir, avec un sentiment d'impuissance. Certains essaieront d'en reparler plus tard, mais de toute façon, ils ont peu de conviction.

« De toute façon, ceux qui veulent pas manger... Ceux qui ne veulent pas bouger et manger continueront à ne pas bouger et mangeront. Même avec des situations pathologiques. » Dr Claudius.

Ce sentiment d'inefficacité, voire d'échec avec ces patients, est souvent accompagné d'un phénomène d'anticipation de la part des médecins. Si le praticien estime que cela n'intéressera pas le patient, il évitera d'en parler, alors qu'il ne lui a même pas posé la question.

« Vous savez, pour la nutrition, les gros, ils savent... Enfin, les gros, ce n'est pas péjoratif... Enfin c'est quand même... Les gens en surpoids ou obèses ils savent qu'ils sont en surpoids ou obèses, on n'a pas besoin de leur répéter une énième fois, ils le savent, ils se voient dans la glace, ils se détestent, ils savent qu'ils sont trop gros, qu'ils bouffent trop, qu'ils ne font pas assez de sport, ce n'est pas la peine d'en rajouter une couche. » Dr Hugo.

Dans cet extrait, on ressent que Dr Hugo semble sous-entendre que de parler de l'activité physique à ses patients obèses ne leur apporterait rien et préfère s'abstenir. Ces médecins qui anticipent les réactions des patients ou l'inefficacité de leurs conseils s'investissent moins, ils utilisent ce sentiment d'inutilité pour justifier leur immobilisme.

- Des variations selon les thèmes de prévention

Il apparaît aux médecins interrogés qu'il est souvent plus difficile de changer les modes de vie de leurs patients que de prescrire des examens complémentaires de type bilan biologique ou radiographique à visée préventive.

« Il y a des préventions qui sont efficaces. D'autres, quand on commence à toucher le mode de vie, les habitudes de vie des gens, c'est des fois un petit peu plus compliqué. Faire certains examens, ça passe bien. » Dr Victor.

*« Vous voyez en fait en faisant du dépistage, en faisant de la prévention pour le sein, pour le col ou autre j'ai l'impression d'être utile. En faisant de la prévention pour l'alcoolisme ou le tabac, je n'ai pas l'impression d'être efficace. Donc le fait de ne pas avoir l'impression d'être efficace, je me dis que je n'ai pas le temps de tout faire. Donc allons dans les choses... S'ils viennent par contre avec une demande, je suis là. Mais voilà... »
Dr Véronique.*

Si on compare les préventions intervenant sur les modes de vie, je retrouve deux opinions différentes.

Pour certains, l'activité physique est différente des autres préventions, comme le sevrage tabagique, la diminution de la consommation d'alcool ou la modification des habitudes alimentaires où le médecin essaye de supprimer une mauvaise habitude voire un plaisir. Avec l'activité physique, on essaye au contraire d'inciter à un nouveau comportement qui pourrait procurer du plaisir. Elle leur paraît donc plus facile à mettre à œuvre.

- *« D'accord. Et du coup, comment vous négociez la reprise ou le choix d'une activité physique ? Sur quoi vous jouez pour les motiver ?*
- *Bien... leur poids ! « Monsieur, vous êtes en surpoids, vous demander d'arrêter de manger ce n'est pas possible, mais vous pouvez marcher, ça, vous pouvez le faire, marcher un peu plus ! » (...)*
- *D'accord. Et est-ce que vous trouvez des différences en fonction des milieux sociaux ou les sexes, ou les cultures, pour l'activité physique ?*
- *Non, il n'y a pas de différence.*
- *Non. Et vous, est-ce que vous pensez que ça vous influence pour parler de sport ou pas ? L'origine de la personne... Son sexe... ?*
- *Mais il est sûr que la petite mamie, qui est obèse bien gentille et qui a du mal déjà à venir au cabinet, je vais peut-être pas lui en parler, ou peut-être de marche. « Madame, est-ce que vous marchez un peu dans la journée ? » « Non, quand je vais faire mes courses, sinon je ne marche pas. » « Ben vous devriez marcher un petit peu ! D'autant plus que nous sommes au printemps, vous voyez c'est agréable ! » Dr Bernard.*

Pour les autres médecins, un peu moins nombreux, l'activité physique est chronophage et contraignante, elle nécessite d'adapter son emploi du temps contrairement aux autres préventions. Il leur semble alors qu'elle est plus difficile à mettre en place.

- *« Et vous trouvez ça facile d'arriver à motiver les gens pour modifier leur activité ?*
- *Alors ça je dis que j'en parle, mais après y arriver euh, oui ils y en a qui disent « oui il faudrait que j'y pense » et il y en a qui le font, mais ce n'est pas, il y en a qui sont... Avec qui on n'y arrivera jamais. Et puis il y en a qui ne peuvent pas dans leur emploi du temps, ce n'est pas facile. » Dr Amélie.*

Pour conclure cette première partie, il semble donc que les médecins aient souvent une formation insuffisante pour aborder l'activité physique. Leur bon sens « domestique » et leurs pratiques sportives personnelles viennent souvent s'ajouter aux connaissances acquises dans les facultés de médecine. Les médecins qui pratiquent eux-mêmes en parlent plus facilement avec leurs patients. Nous allons donc voir maintenant quelle est la place de la prévention par l'activité physique dans la consultation de médecine générale : quel rôle les praticiens se donnent-ils exactement ? Quels sont les autres intervenants et à qui adressent-ils leurs patients ? Comment perçoivent-ils les campagnes de santé publique en matière d'activité physique ? Nous concluons cette deuxième partie en revenant sur les manques et les freins en consultation qui en résultent.

2) Place en médecine générale : rôle et partenaires

2-1) L'activité physique dans la consultation de médecine générale

Quand les médecins conseillent l'activité physique à leurs patients, ils tentent d'intervenir sur le mode de vie de personnes qui n'ont parfois aucun problème de santé. Est-il légitime pour eux d'intervenir ? Tous reconnaissent que le médecin généraliste est en première ligne au contact de la population, mais ils ne sont pas tous convaincus que ce soit leur rôle de parler d'activité physique. Pour certains cela fait partie de leur travail, ils s'en font même parfois un devoir moral, et ce principalement avec l'argument qu'il n'y a personne d'autre pour le faire, comme si dans le cas contraire ils en ressentiraient une certaine culpabilité.

D'autres estiment que ce n'est pas leur travail, ni leur rôle, soit parce qu'ils n'ont pas la formation, soit parce qu'ils n'ont pas le temps ou la rémunération, ou encore parce qu'ils ne veulent pas être moralisateurs.

Si certains médecins généralistes se font souvent un devoir d'en parler, les conditions de la consultation n'y sont pas toujours favorables.

La pratique médicale se heurte en effet au temps de consultation disponible. Ecouter au-delà d'un symptôme initial, examiner, poser un diagnostic, prescrire et susciter une ouverture pour conseiller un changement de comportement ou d'habitude (alimentation, tabac, hygiène corporelle, sédentarité etc.) nécessite un temps long de consultation, que ne favorise pas le paiement à l'acte. Les médecins se considèrent souvent comme surchargés, ils ont la responsabilité de beaucoup de patients, et doivent souvent réduire leur temps de consultation pour se rendre plus disponible pour chacun. Dans les entretiens, en pratique, ou dans les campagnes de prévention comme nous l'avons vu en première partie, c'est toujours l'activité physique qui intéresse en dernier les médecins ou les autorités de santé. Dans ce contexte, aborder l'activité physique sera pour la majorité des médecins moins systématique que les autres thèmes de prévention, surtout quand le temps en consultation vient à manquer.

Les médecins essaient d'aborder l'activité physique avec leurs patients mais celle-ci ne trouve donc pas toujours sa place, alors font-ils une consultation dédiée à ce thème ?

L'absence de consultation dédiée

Si on laisse de côté les consultations pour la rédaction d'un certificat de non contre-indication à la pratique sportive, il apparaît difficile voire impossible aux médecins de demander à leurs patients de revenir consulter pour parler de l'activité physique, en dehors de quelques médecins marginaux qui ont presque fait de la médecine du sport une spécialité.

« Les mesures hygiéno-diététiques, parce que c'est le plus difficile à faire parce qu'on n'a pas de supports, on n'a pas vraiment de supports, on n'a pas vraiment de moyens... de soutenir nos patients. Parce que s'ils ont une tension limite on peut leur dire de revenir pour la reconstruire, mais s'ils ont des difficultés à faire de l'activité physique, à manger équilibré, etc. etc., c'est plus difficile de les faire revenir pour parler de ça. » Dr Georges.

Si on compare l'activité physique aux autres préventions, il semble plus compliqué pour les praticiens de demander à leurs patients de revenir pour parler de leur activité physique. Il leur est plus aisé de les reconvoquer pour parler du sevrage tabagique, du suivi d'une consommation d'alcool avec les bilans biologiques, ou pour la nutrition en demandant aux patients de noter ce qu'ils mangent sur un carnet. On peut également demander à les revoir pour contrôler la tension artérielle, programmer une consultation de gynécologie pour les frottis ou mammographies, ou pour remettre l'Hemocult. Cependant, avec l'activité physique, les médecins sont souvent démunis et ont peu de supports ou d'outils pour les faire revenir.

Ces remarques ne sont pas valables pour le Dr Philippe qui pratique énormément de médecine du sport et s'investit beaucoup, il envisage même d'installer une salle de sport dans son cabinet pour ses patients, mais il a une formation antérieure de kinésithérapeute ce qui en fait un exemple à part.

« Oui, oui, moi il y a un truc. Parce que je suppose si vous allez voir d'autres généralistes, ils vont vous parler plus de nutrition. Moi, dans la prévention cardio-vasculaire, c'est l'adaptation cardio-vasculaire à l'effort. Là, j'ai carrément fait un cours, puisqu'il se trouve que j'enseigne aussi aux kinés. Et ce cours-là, et bien je demande au patient de venir, de prendre un rendez-vous de rééducation, cette fois. Ça pourrait s'appeler un rendez-vous de prévention, mais il se trouve que je suis kiné, donc ça s'appelle un rendez-vous de rééducation. Et il vient avec un cardio-fréquencemètre, qu'il a acheté et une clé USB. Avec la clé USB, il a le double de mon cours que je vais lui faire. Et le cardio-fréquencemètre. Et donc, euh... Je l'initie à ce qu'on appelle les pics intenses. Enfin à... De l'intervalle-training, en gros. Ça dépend de ce qu'il a, mais en gros... Ce type de... J'adapte l'enseignement à ce qu'il a. Mais s'il n'a pas... Ou s'il est juste désadapté à l'effort, je le rééduque, je lui montre comment il doit faire. Je le fais pédaler sur mon vélo, puisque j'ai le vélo dans le cabinet. Et puis on regarde la fréquence cardiaque : de combien elle monte, etc., en combien de temps elle redescend, voilà. » Dr Philippe.

Il semble donc très difficile aux médecins de demander à leurs patients de revenir pour parler exclusivement de l'activité physique, contrairement aux autres préventions. Les consultations en vue de la rédaction d'un certificat de non contre-indication à la pratique sportive sont les seules au cours desquelles l'activité physique est le sujet principal. Elles concernent cependant des patients qui pratiquent déjà un sport et ne sont pourtant pas toujours bien vécues par les médecins interrogés.

Les certificats de non contre-indication au sport

Les certificats de sport sont l'occasion de parler de tout type de prévention et non pas uniquement de l'activité physique. Les consultations qui y sont dédiées sont donc décrites comme des consultations de prévention où de nombreux thèmes sont abordés, la rédaction du certificat en lui-même n'étant vécue que comme un acte administratif. Lorsque le sport s'impose comme objet de la consultation, les médecins en profitent pour glisser sur d'autres sujets, d'autres préventions, et tous les médecins s'accordent à considérer cela comme une

bonne pratique. Cette façon de dévier presque systématiquement du thème de l'activité physique donne l'impression que, même dans ces conditions, le médecin n'arrive pas à mettre l'activité physique au cœur de la consultation ni à s'y consacrer pleinement.

« Quand je fais des certificats, la prévention c'est quasiment de façon quasi systématique, sinon la plupart du temps c'est quand même assez inintéressant donc euh, les certificats que ce soit pour les adultes ou voilà, là j'essaie effectivement d'en faire de façon systématique parce que c'est le seul moment où à la limite je repose l'ensemble des questions, sur les vaccins, sur les antécédents, sur le mode de vie, etc. » Dr Astrid.

D'ailleurs les médecins soulignent que cette rédaction de certificat est souvent vécue comme une contrainte pour les patients.

- *« Donc, par exemple le certificat médical, ça, pour moi, ça peut être un très bon moyen de faire de la prévention. (...) Sauf que ça reste, pour les patients, un document administratif.*
- *Oui c'est juste une contrainte...*
- *Voilà, les patients prennent ça pour une contrainte, plutôt que comme un moyen de faire le point un jour sur sa santé et de parler du tabac, de l'alcool, du surpoids, etc. Après la prévention pour les enfants, l'obésité, on regarde systématiquement les courbes de poids, moi je fais assez attention. » Dr Georges.*

Les médecins, en plus de l'inutilité de certains certificats, craignent parfois de mettre en jeu leur responsabilité judiciaire, c'est pour eux une façon d'être attaqués en cas d'accident lorsqu'on cherche un responsable.

- *« Ils ont décidé que tous ceux qui vont... Comme ils n'ont pas de limite, tous ceux qui doivent faire du sport vont aller voir le médecin pour aller faire un certificat pour le sport... D'accord. Quelle est la définition du sport ? Personne ne s'est empressé de mettre une définition de ce qu'est un sport... Donc ça veut dire que tout ceux qui sont inscrits comme fédération, ils ont tous ça, c'est à dire qu'on voit des gens qui viennent nous voir pour avoir le droit de faire du billard...*
- *Du billard ?*
- *Du billard. Il faut donc... C'est ce que j'ai fait, j'ai écrit au médecin de la Fédération Française de Billard, et à la Fédération Française de Pétanque. Je leur ai dit : quelles sont les contre-indications ? La pétanque tu es d'accord avec moi, le seul truc dangereux de la pétanque, c'est ce qu'on y voit, pas ce qu'on y fait !*
- *Bah je ne sais pas, si vous vous prenez une boule sur le pied ? En même temps ce n'est pas une contre-indication...*
- *Ce n'est pas lié au jeu ! Donc, il n'y a pas... Et pourtant on nous enquiquine à faire venir dans les cabinets des gens qui vont faire ça. Avec, en plus, comme arrière-pensée, c'est que si jamais il y a un problème, au moins on saura contre qui se retourner... D'où un certificat.*
- *Mais moi j'ai l'impression que ça ne sert qu'à ça les certificats !*
- *Ça pourrait servir à dire ceux qui doivent en faire, ceux qui ne doivent pas en faire ! Mais en plus, effectivement, ça sert aussi à savoir en gros contre qui on va se retourner s'il y a un problème. » Dr Henri.*

De plus, les généralistes ne s'estiment pas formés pour la rédaction de ces certificats. Ils ne connaissent pas les contre-indications des sports et se plaignent des difficultés à trouver des documents pour les aider.

- *« Le certificat, moi je pense que c'est...*
- *C'est vraiment votre point de départ...*
- *Moi je pense qu'il faudrait un acte... Il faut une consultation de prévention... Peut-être pas forcément tous les ans, parce que ça ne sert à rien de faire un certificat médical tous les ans, parce qu'on sait que les certificats médicaux ça ne sert strictement à rien...*
- *Il y en a un sur deux qui télécharge un faux sur internet de toute façon...*
- *Oui voilà en plus, moi j'ai un patient, j'ai un copain qui est un patient, et qui un jour m'a dit « tu sais les certificats médicaux, je les photocopie, parce que je ne vais pas venir te voir tous les ans, tous les six mois parce que je fais une course ». Et donc je pense que si on avait un acte de prévention, on dirait « voilà, vous avez un acte de prévention, en fonction de certains critères, tous les ans, tous les deux ans, tous les trois ans, rapproché si ce sont des patients à risque, mais un peu plus espacé en fonction... », je pense que cela serait plus utile. Et on peut très bien délivrer un certificat de prévention qui peut faire office de... Où on pourrait noter les contre-indications à certains sports avec un vrai truc développé ! (...) Voilà, c'est la difficulté... Moi je pense qu'il faut avoir un acte... il faut qu'on ait, qu'on change de système et qu'on ait... Parce que, encore une fois, on vient chercher un certificat médical, on vient chercher le document administratif ! C'est un acte, il y a une prescription, il y a un truc, il y a un papier ! » Dr Georges.*

Dans cet extrait, Dr Georges insiste sur l'importance des consultations de prévention et pense qu'elles devraient exister indépendamment des autres motifs de consultation. D'un autre côté, il semble parfois en difficulté lorsqu'il s'agit de rédiger les certificats de non contre-indication à des sports que, parfois, il ne connaît même pas.

Le refus de rédaction d'un certificat par le médecin peut d'ailleurs provoquer des tensions entre lui et son patient, ce qui n'est pas bien vécu par chacun des parties. Ces refus sont associés aux craintes d'accidents dont nous avons déjà parlés.

- *« Non je pensais dans l'autre versant, parce que là où ça coince, ce sont des gens qui sont susceptibles de me demander un certificat pour faire ceci et cela et là je ne suis pas d'accord. Donc c'est là où parfois ça coince très difficilement.*
- *Dans quels domaines par exemple ?*
- *Des risques cardio-vasculaires par exemple beaucoup trop importants pour telle ou telle activité qu'ils me demandent. Donc dans ces cas-là, moi je veux absolument un avis du cardio, s'ils ne veulent pas y aller, ils n'ont pas le certif, c'est tout. Donc là, ça clashe durement. Très, très durement...*
- *Ça vous est arrivé ?*
- *Ah oui, oui, oui, ça arrive ! Mais les gens ont l'impression que le certificat médical, c'est juste un papier comme ça et puis basta, et pour moi ce n'est pas ça du tout, absolument pas. Donc il est hors de question que je lui donne si j'estime qu'il peut y avoir un risque pour le patient. Donc en effet des fois c'est dur. » Dr Hélène.*

Les consultations de rédaction de certificats de non contre-indication à la pratique sportive, bien que constituant l'occasion d'aborder de multiples autres thèmes de prévention, ne sont pas toujours bien perçues par les praticiens. Elles concernent surtout les patients qui pratiquent déjà un sport, ce qui nous éloigne de notre sujet.

Quant à leur rôle, ceux qui se font un devoir de tenter d'en parler le font souvent par défaut, parce qu'ils ne voient pas qui d'autre pourrait le faire, et ceci malgré un sentiment de formation insuffisante. Alors quels peuvent être leurs outils ou leurs relais ?

2-2) Les relais et les autres acteurs

a) Outils théoriques, affiches et brochures

Questionnaires et outils d'évaluation

Les outils théoriques utilisables cités par les médecins sont presque inexistantes. Les médecins ne citent jamais spontanément d'outils théoriques qu'ils pourraient utiliser, sauf le Dr Philippe qui évoque le test de Ruffier-Dickson qui évalue la condition physique du patient.

« Je le vois bien, il rentre, il est un peu obèse. Je vois bien que... Déjà, il a du cholestérol, un peu, je veux dire qu'il est, il est... Je fais mon petit test de Ruffier et Dickson par exemple si j'estime que j'en ai besoin. Et le test de Ruffier c'est : trente flexions, on fait le pouls de repos, au sortir puis à une minute. On voit bien qu'il est désadapté à l'effort. Il n'y a pas besoin de... Ça peut même être des enfants, hein ! Des ados ramollos là. Bah oui, je vais lui dire, tu veux te bouger. Enfin ça dépend. Après l'ado... Ça ne se gère pas pareil que... Ça peut être le jeune cadre qui a été papa, qui était grand sportif, et puis qui veut s'y remettre. Il a lâché un peu l'affaire et puis... » Dr Philippe.

A aucun moment ils n'ont cité de questionnaire, par exemple aucun d'entre eux ne parle du questionnaire de Ricci et Gagnon dont j'ai parlé brièvement en première partie. Il sert de base au questionnaire d'évaluation de son activité physique sur le site mangerbouger.fr. Il évalue l'activité physique habituelle associée aux activités physiques quotidiennes et aux activités sportives et récréatives. Le détail de ce questionnaire figure en annexe 4.

Au final, leurs méthodes d'évaluation ne sont pas standardisées. La question n'ayant pas été posée, nous ne savons pas quelle connaissance ni quel usage ils ont des outils cités ci-dessus.

Affiches et brochures

Les brochures sont rarement distribuées par les médecins, ceux qui les donnent espèrent qu'elles vont permettre un déclic chez les patients et les inciter à augmenter leurs activités physiques, même si cette influence doit avoir lieu plus tard, longtemps après la consultation.

- « Et vous avez des sources d'information pour la prévention par l'activité physique ?
- J'ai des petits bouquins euh... Là, les bouquins (se lève et me montre une brochure INPES), les petits livres comme ça ? C'est ça ?
- Non, mais... Ah oui vous avez les... Les dossiers de l'INPES...
- Ah ouais, ouais, ouais, ouais, ouais, ça j'aime bien euh.
- D'accord. Et vous les commandez ?
- Oui, par tonnes. Parce que je commande toujours tout par tonnes en général ! (Je ris). Non mais c'est important, notamment chez l'ado là, qui ne bouge pas beaucoup, on lui donne et... Peut-être qu'il bougera dans quelques années... » Dr Claire.

Dans cet extrait, Dr Claire donne l'impression que la brochure qu'elle remet est une prolongation de son intervention dans le temps, comme si une trace écrite pouvait permettre au patient de se rappeler du conseil de son médecin même longtemps après.

« Ouais, on va sur le site de l'INPES, on rentre le numéro Adeli, et toutes les brochures qu'ils ont de prévention, t'as vu dans mon cabinet j'en ai, il y a manger-bouger, il y a un truc sur le sport, un truc. (...) Donc ça je leur donne, quand ils veulent hein, s'ils n'en veulent pas, je n'en donne pas. Mais bon ce n'est pas, je ne passe pas ma consultation dessus, c'est un complément, je leur donne en partant, je leur dis "tenez, lisez ça". Je ne l'utilise pas pendant la consultation, genre on va lire la brochure ensemble, ça je ne fais pas. » Dr Axel.

Là encore, Dr Axel ne détaille pas la brochure au cours de la consultation mais la remet afin que le patient la lise ultérieurement.

Certains médecins s'investissent énormément, Dr Rémi travaille sur un projet de kit pour l'INPES pour combattre l'obésité chez les enfants.

- « Voilà. Et en plus, je suis expert médecine générale pour un séminaire « obésité de l'enfant » donc bon. Je suis formé, rodé, voilà... Et puis j'avais fait aussi, j'ai travaillé avec l'INPES sur l'obésité de l'enfant pour des kits qui vont sortir prochainement.
- Des kits ?
- D'information en fonction des profils de personnel. Donc ça ira vers les personnels des crèches, les instituteurs, etc. Donc on a fait des kits sur « Que faire en prévention de... » et « Quelles sont les erreurs à ne pas commettre... ». Voilà, donc ça va sortir avec l'INPES, j'ai travaillé deux ans et demi là-dessus, donc activité physique, ça vient vraiment... » Dr Rémi.

Cependant, d'autres médecins n'en veulent pas ou ne s'en embarrassent pas, ils estiment que rien ne remplace l'échange verbal, ils estiment que ce sont eux qui doivent en parler aux patients, que leurs conseils seront plus efficaces et adaptés, donc mieux compris. Ces médecins semblent majoritaires.

« Alors, à certaines périodes oui, j'essayais de donner des brochures oui, et puis je me rendais compte que les gens, ils les lisent plus ou moins et puis, ils les oublient, donc rien ne remplace l'échange verbal ou le petit croquis en présence du malade. » Dr Albert.

Quant aux affiches, nous en avons peu parlé au cours des entretiens. De plus, nous n'avons pas relevé systématiquement leur présence ou non dans les salles d'attente des médecins. Les avis sont, là encore, controversés.

- « Pensez-vous que la vie médiatique valorise le sport ou au contraire ?
- Oui quand même...
- Et les campagnes de prévention sur le plan PNNS ?
- Oui, c'est bien, d'ailleurs ça fait quelque temps que j'ai mis une affiche, là dans le bureau, j'essaye que ce soit en évidence. » Dr Laetitia.

Certains médecins les trouvent invasives et craignent d'incommoder leurs patients comme s'il s'agissait de les leur imposer. Ils préfèrent ne pas s'en servir.

- « Et tout le fond, le bruit de fond d'éducation de prévention à la santé, qui est fait par l'INPES et d'autres organismes, vous, ça arrive comment dans votre consultation ? Vous avez l'impression que c'est un support pour votre activité ?
- « Manger, bouger »
- Je ne sais pas, vous mettez des affiches, vous relayez ? Vous trouvez ça bien fait ? Vous trouvez ça consternant ?
- Je ne m'en sers pas.
- Vous ne vous en servez pas ?
- Ça, je ne m'en sers pas. Je n'ai pas d'affiches... » Dr Sabine.

Si les outils mis à la disposition des médecins leur semblent parfois insuffisants ou même inutiles, que pensent-ils des campagnes destinées au grand public ?

b) Les campagnes

Les médecins ne sont pas convaincus des retombées potentielles, peut-être y a-t-il une petite proportion de la population qui changera ses habitudes.

- « Et tout l'environnement médiatique là, toutes les normes diffusées... « Mangez-Bougez », enfin (rire) « Mangez pas ! Bougez ceci... », vous avez vu la montée en puissance de ces messages. Parce que la campagne tabac, ça a commencé en 1970, mais bon, là, c'est beaucoup plus récent sur... Vous en pensez quoi ?
- Oui, je connais bien V, celui qui pilote « suivi max » et qui est vraiment à l'origine de tout ce travail en prévention et qui est quelqu'un que j'estime énormément. J'ai plusieurs regards. Le premier, c'est, quand je suis optimiste, c'est bien parce qu'on est quand même tourné sur le plaisir et sur la faisabilité des choses. Parce que quand il y a eu les dernières affiches, cinq minutes là, trois minutes là, quinze minutes là... Sur la faisabilité ! Celles-là, me plaisaient assez !
- Oui, celles-là...

- *Parce qu'au fond, c'est ce qu'on vient de dire, dans la quotidienneté, il y a mille façons d'avoir une activité physique ! (...) Voilà, donc je suis mitigé ! Après, quand on lit les études, il y a les optimistes qui disent oui : « Regardez l'inflexion de l'obésité en France depuis trois quatre ans, c'est l'effet des campagnes d'annonces du PNNS et de ses avatars », et puis les pessimistes disent « Pas du tout, tous les candidats à l'obésité ont été recrutés et forcément à un moment dans une population, il y a saturation des gènes candidats. » Dr Rémi.*

En effet, les plus pessimistes ne les trouvent pas rentables car insuffisamment efficaces, ils pensent qu'elles n'influencent pas le comportement des patients en matière d'activité physique.

- *Et vous trouvez que l'environnement médiatique valorise le sport, ça vous aide ou pas ? Le plan « Mangez-Bougez... »*
- *Non, ça non.*
- *Vous trouvez que ça a évolué ?*
- *Non, je pense que c'est complètement individuel et que c'est une décision personnelle. Je ne pense pas que les publicités changent grand-chose à ce niveau-là. » Dr Bernard.*

Les plus optimistes estiment au contraire qu'elles sont utiles même si très peu de personnes modifient leur comportement grâce à ces campagnes. Il leur semble cependant que les campagnes promouvant l'activité physique marquent moins les patients que d'autres campagnes.

- *« Et le plan nutrition santé ? Est-ce qu'il y a des choses qui ont évoluées dans ton expérience ? Ces derniers temps ?*
- *Est-ce qu'il y a des choses qui ont évolué dans mon expérience ces derniers temps ?*
- *J'ai vu une publicité avec marqué « manger - bouger.fr », « manger moins gras, moins sucré, moins salé », euh.*
- *Oui, oui je crois que ce sont ces slogans-là. Par contre, personne ne m'a encore sorti ces slogans en consultation. Par contre, j'ai entendu plusieurs fois « les antibiotiques, c'est pas automatique. » Dr Damien.*

Un des médecins émet une hypothèse quant à ce manque d'intérêt des patients pour ces campagnes, il pense qu'elles ne leur apportent pas de nouvelle information, qu'ils savent qu'il faut avoir une activité physique, et ils ne focalisent donc pas leur attention sur ces campagnes.

- *« D'accord. Et puis après il y a aussi des campagnes, comme...*
- *Sur les fruits?*
- *Voilà, « manger - bouger ».*
- *Alors, « manger bouger », je n'en entends pas trop parler. Je pense que tout le monde le sait, et tout le monde fait ce qu'il veut. C'est-à-dire, c'est trop trivial pour que ça les interpelle. Parce que dans l'inconscient tout le monde sait qu'il faut manger équilibré et bouger. Donc, euh, qu'on leur dise, bah ils le savent. Donc ça ne les interpelle pas, ils le savent. » Dr Olga.*

Là encore, comme pour les brochures, les médecins expliquent que les campagnes ne peuvent pas avoir une efficacité optimale car les recommandations ne sont pas personnalisées.

- « *C'est ça dont vous parlez... Activité physique peut-être ? Vous m'avez dit plein de choses. Comment vous les abordez concrètement ? Vous avez des types de phrases que vous dites aux patients pour amorcer le sujet ?*
- *Certainement, mais moi je fais beaucoup dans l'improvisation. Donc j'ai des types de phrases mais elles sont adaptées à chacun, je ne suis pas du style des recommandations qu'on lit partout « Vous savez qu'il faut faire du sport », « Est-ce que vous prenez les escaliers, est-ce que vous prenez le bus, ... » Non, je crois que la façon de l'aborder, c'est propre à chacun. Un conseil ne pourra être retenu que s'il est personnalisé. C'est-à-dire qu'il faut profiter des fois, comme ça, dans le temps de la consultation, il dit un petit truc et il faut le noter, et si on n'a pas le temps de le prendre au rebond parce que le temps est malheureusement imparti et il faut savoir s'en resservir après. C'est-à-dire que celui qui dit « Ah bien j'aimerais bien faire ça mais je ne peux pas... » « Pourquoi ? Parce que c'est un problème de temps : il faut s'organiser autrement. » Tout se tient, tout est lié. Donc la règle c'est la personnalisation, c'est à dire du sur-mesure. » Dr Grégoire.*

Dr Grégoire explique que lorsque les patients reçoivent l'information brute des campagnes promouvant l'activité physique, ils n'arrivent pas à se l'approprier et à l'adapter à leur quotidien. Il semble prêt à aider ses patients dans ce domaine même si le temps disponible en consultation ne le lui permet pas toujours.

Ces campagnes appuient cependant les conseils des médecins qui eux vont tenir compte des variabilités individuelles de leurs patients.

- « *D'accord. Est-ce que vous trouvez que l'environnement médiatique vous aide ou au contraire ne vous aide pas du tout ? (Elle a l'air perplexe). Les campagnes « mangez bougez » euh...*
- *Oui. Bien sûr, je pense que les gens ça leur fait prendre conscience... Si ce n'est pas déjà pour eux c'est pour leurs enfants. Parce que ça aussi hein... C'est-à-dire : des fois il y a des mères, elles sont comme ça (mime grosses), on essaie de le faire passer, quand leurs gamines elles sont comme ça (idem), j'essaie de faire passer le message » Dr Claire.*

Dans cet extrait comme dans le précédent, Dr Claire pense que les campagnes, tout comme les brochures qu'elle remet, auront une action différée, et elle parle même de modifier les comportements de la génération d'après.

D'autre part, comme déjà dit précédemment, depuis le 27 février 2007, des messages sanitaires accompagnent les publicités pour les aliments et boissons à la télévision, la radio, dans les journaux, et sur les affiches ou certaines brochures de la grande distribution. Ils préconisent soit une alimentation équilibrée, soit la pratique d'une activité physique. Ce nouveau type de campagne n'est pas perçu comme efficace par les professionnels de santé, et ce pour plusieurs raisons :

- Les patients, trop habitués à voir ces messages, ne les lisent même plus.

« La publicité, c'est une catastrophe, c'est... Enfin, bon, quand on voit le petit bandeau, qui défile en dessous : « grignotez, mangez, bougez », c'est n'importe quoi, quand on voit ce qu'on pousse les... Les campagnes médiatiques, c'est peanuts, par rapport à la pression de la publicité grand public, c'est peanuts, c'est peanuts (...), je ne vois pas comment voir défiler en dessous, les gens ne voient même plus défiler, ça défile systématiquement, c'est très amusant de regarder, je les regarde pratiquement plus, c'est très amusant de regarder objectivement de quoi est fait l'ensemble d'un spot publicitaire sur une chaîne de télé, c'est captivant, y'a que des conneries, regardez-les attentivement ! » Dr César.

- Ces messages défilent parfois trop rapidement.

« Les bandeaux télévisuels, alors qu'en particulier ils s'adressent aux enfants, la vitesse de défilement de ces bandeaux, plus certains adultes qui ne lisent pas très vite et particulièrement les gens les plus menacés par l'obésité, c'est à dire les gens qui ont des catégories socioprofessionnelles basses et qui ne maîtrisent pas forcément la lecture à cette vitesse-là. Les bandeaux qui défilent comme ça, c'est une hypocrisie sans nom quoi ! » Dr Rémi.

- Ces messages constituent une « injonction paradoxale », leur message vient contredire ce qui a été dit précédemment dans la publicité.

- *« Et les plans nationaux « mangez-bougez » vous trouvez que ça change les mentalités ?*
- *Non, qui écoute ça ? Franchement ? On vous donne une publicité sur un hamburger qui dégouline de ketchup et en dessous il y a marqué « bouger-manger » « pour votre santé évitez les aliments gras, salé, sucré » et ils vous font une publicité du contraire, c'est surréaliste quand on y pense. » Dr Dimitri.*

Les médecins critiquent donc vivement ces messages sanitaires, par contre, ils ne proposent pas mieux. Pensez-vous qu'il vaudrait mieux ne rien faire ? Il existe donc un paradoxe entre le souhait de promouvoir l'activité physique de leurs patients et leur perception négative de l'environnement médiatique et des campagnes.

Il y a cependant de rares médecins qui estiment que malgré leur qualité insuffisante, les campagnes gagneraient à être améliorées, elles constituent un début et qu'il faut persévérer.

- *« L'environnement médiatique t'aide actuellement ? Par exemple « manger, bouger » ... Silence. Tu trouves qu'il y a une évolution des mentalités ?*
- *Oui j'ai l'impression.*
- *Par rapport à l'activité physique ?*
- *J'ai l'impression. Ouais. Il me semble ouais, il me semble. Bah oui quand-même. On voit apparaître sur les écrans « bouger ». C'est mieux que rien. Y a des choses. Si, si, on est assez sensible en France à ça. Faut s'améliorer, mais c'est bien. » Dr Philippe.*

Les campagnes n'en sont qu'à leur début, elles ne sont pas toujours remarquées par les patients et semblent parfois paradoxales, et ne sont pas forcément bien perçues. Certains médecins reconnaissent cependant qu'il s'agit d'un commencement et qu'il faut poursuivre dans cette voie. Avec des outils insuffisants et des campagnes balbutiantes, quels vont être leurs relais ? A qui les praticiens adressent-ils leurs patients lorsqu'ils se sentent en difficulté ?

c) Les relais : à qui adressent-ils leurs patients ?

Les praticiens adressent surtout leurs patients à deux catégories de soignants : les cardiologues, puis les kinésithérapeutes. Les autres intervenants, rhumatologues, médecins de rééducation, médecins du sport, diététiciennes ou nutritionnistes, sont cités de façon exceptionnelle.

Les médecins adressent surtout les patients par rapport à leurs craintes d'accident cardio-vasculaire, en partie pour se rassurer eux-mêmes. Les cardiologues sont donc cités unanimement, les généralistes leur envoient des patients pour un bilan, un électrocardiogramme voire une épreuve d'effort. La crainte qu'un patient fasse un accident cardio-vasculaire est souvent présente.

- *« Et est-ce qu'il y a des patients pour lesquels vous faites des examens complémentaires avant une reprise de sport ?*
- *Bien si c'est plongée sous-marine, oui ! Cardiologue, électrocardiogramme. Marathon également, électrocardiogramme et échocardiographie. Je dis « Vous allez passer chez mon cardiologue d'abord ! »*
- *Et en fonction de l'âge ?*
- *Tout dépend du sport qu'il fait ! S'il veut faire de la marche, je ne vais pas l'embêter ! Mais s'il veut faire du tennis, s'il a dépassé soixante ans, il a droit à son électrocardiogramme et son rendez-vous chez le cardiologue, ça c'est clair ! » Dr Bernard.*

Dans certaines situations pathologiques ou physiologiques, les généralistes font appel à des kinésithérapeutes, pour une reprise d'activité après une grossesse, une blessure, ou pour les patients souffrant de pathologies du rachis. Il peut également aider à maintenir une activité physique telle que la marche chez des personnes âgées. Les kinésithérapeutes sont cependant deux fois moins cités que les cardiologues et n'interviennent que dans des situations particulières.

- *« Et parfois vous adressez vos patients ?*
- *...*
- *Vers d'autres professionnels, d'autres médecins ?*
- *A des kinés, oui, à des médecins, un peu moins, diététicienne, oui, nutritionniste, oui, ça peut être d'autres médecins par rapport à la demande, etc., le problème, c'est qu'après il y a beaucoup de choses paramédicales qui ne sont pas remboursées aussi, ce qui freine beaucoup les gens aussi, malheureusement, tout ce qui est diététicien et de ce côté-là, donc c'est un frein qui est essentiel aussi chez eux, donc ça c'est un problème. Kiné, j'en fais beaucoup aussi, pareil, pour les personnes âgées en prévention, parce*

qu'effectivement, une personne âgée qui ne marche plus pendant même une semaine, le problème c'est que ça va effectivement très vite chez eux, donc en préventif donner une réadaptation à la marche, donc moi je fais quand même assez de kiné pour stimuler, même si c'est une fois par semaine ou deux fois, pour les aider à la marche, répéter ces exercices pour éviter tout ce qui est fonte musculaire. » Dr Edmond.

Quelques patients sont également adressés au rhumatologue en cas de blessure. Parfois, lorsque le patient est atteint d'une maladie chronique d'une particulière gravité, les praticiens adressent à des médecins qui travaillent en rééducation, mais ces spécialistes sont très rarement cités.

- *« Et vous vous adressez aussi à des spécialistes autres que les kinés ?*
- *Oh oui. Oui, oui, oui, oui, oui*
- *Des médecins du sport ?*
- *Oui, médecins de rééducation, médecin du sport. Oui, oui. Ça, j'en ai une bonne palanquée. J'ai des.... J'ai des rhumatologues aussi qui ont travaillé avec énormément de sportifs, donc voilà, j'ai une, euh... Oui, oui, j'ai une petite, euh... » Dr Claudius.*

Lorsque les médecins se sentent incompetents dans certains domaines sportifs, ils adressent à des médecins du sport. Tout d'abord, cela leur permet d'obtenir leur accord pour la réalisation d'un certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport, il s'agit là encore pour eux de se protéger car ils craignent des accidents. D'autre part, les médecins du sport suivent les sportifs de haut niveau. Mais dans les entretiens ils ne sont pas cités en tant que tels, mais en tant que « médecins de la plongée » par exemple.

- *« Est-ce que vous adressez certains patients ? Justement, pour aller voir le cardiologue avant, mais est-ce qu'il y a d'autres patients pour lesquels vous demandez des avis ?*
- *Bah oui, parce que par exemple, une fois j'avais une jeune femme qui voulait faire de la plongée, et elle avait 8 de tension. Je lui ai dit : « Ecoutez, moi je ne vous autorise pas à aller plonger avec 8 de tension ».*
- *Vous l'avez adressée à qui ?*
- *Je l'ai adressée à un médecin de plongeurs, qui lui a fait son certificat comme quoi elle était apte à faire de la plongée. Très bien, mais moi je ne veux pas prendre la responsabilité de l'autoriser à faire de la plongée, qu'elle plonge, qu'il y ait un accident, et puis qu'on se rende compte qu'elle était hypotendue et que c'était pas bien qu'elle fasse de la plongée. » Dr Edouard.*

Dans un souci de prise en charge globale, lorsque les praticiens souhaitent associer des conseils d'hygiène alimentaire, ils proposent d'adresser à des nutritionnistes ou diététiciennes, mais ils sont exceptionnellement cités quand on leur parle de l'activité physique, les généralistes les proposent surtout lorsqu'ils évoquent les problèmes d'alimentation avec leurs patients.

d) L'absence de spécialiste

Cependant, parmi les relais cités, les généralistes n'ont pas connaissance de spécialistes en activité physique pour les aider à accompagner les patients qui ne pratiquent pas assez.

- *« C'est ça le problème. Le patient qui n'a pas d'activité physique et qui pourrait faire de l'activité physique, et qu'on pourrait aider un petit peu, on n'a pas forcément d'outils pour l'aider.*
- *Vous penseriez à quoi ?*
- *Bah on pourrait très bien avoir, je ne sais pas moi, des éducateurs de santé, de sport, qui pourraient les aider, je ne sais pas...*
- *Toujours dans cette idée de travailler en réseau et de professionnels de santé, ou de pas santé d'ailleurs... » Dr Georges.*

J'ai rappelé en première partie l'existence d'éducateurs médico-sportifs mais aucun des médecins interrogés ne les a mentionnés. Dans cet extrait, Dr Georges déplore l'inexistence de spécialistes, il aimerait être aidé par des éducateurs médico-sportifs. Il est difficile à partir de cet extrait de dire s'il aimerait que ces spécialistes existent ou bien s'il en a connaissance mais qu'alors il ne sait pas comment leur adresser des patients.

- *Et sur quoi vous butez... Les obstacles...*
- *Je crois que je bute sur... Sur comment il faut faire quoi, peut être...*
- *Ça, c'est un truc qui, par exemple, dans les réseaux Diabète mais je n'ai pas d'actions dans les réseaux Diabète.*
- *Mmm*
- *D'éducateurs sportifs un peu spécialisés qui connaissent la pathologie... Et pour que les gens soient dans un club, qu'ils ne soient pas les seuls...*
- *Et bien sûr le diabète, je saurai, par exemple, vous voyez, parce que là, je pense qu'effectivement, on a dans nos connaissances de formation du diabète quelque chose d'assez précieux sur l'effort physique qui est nécessaire ou souhaitable chez les diabétiques.*
- *Après, ils ne font pas que des miracles, mais... Enfin, y'a un métier.*
- *Y'a un métier*
- *Y'a un sous métier d'éducateur sportif spécialisé*
- *Exactement, mais alors après... (Elle change de sujet). » Dr Sabine.*

Dans cet extrait, l'enquêteur souhaite savoir ce que le Dr Sabine pense des éducateurs médico-sportifs mais elle ne s'empare pas du sujet, cela laisse même supposer qu'elle ne connaît pas vraiment ces intervenants.

Les généralistes n'ont pas non plus renseigné de contact avec des associations ou des structures sportives qui pourraient les aider de façon plus concrète.

Les praticiens peuvent donc rapidement se retrouver dépourvus de moyens. Les médecins du sport sont parfois cités mais pour les patients déjà sportifs, qui nous intéressent moins dans le cadre de ce travail. Les patients sont adressés aux kinésithérapeutes en cas de pathologie ou de situation physiologique particulière, et non pour l'activité physique en prévention.

Ceci n'est pas le cas pour les autres préventions abordées : le médecin nutritionniste ou la diététicienne apportent une aide pour la nutrition, des médecins addictologues, tabacologues ou encore spécialisés en alcoologie peuvent conseiller pour les dépendances alcoolo-tabagiques.

Si le médecin généraliste ne veut pas ou estime ne pas pouvoir parler d'activité physique, il est démuné pour déléguer cette tâche.

Comment les praticiens s'y prennent-ils donc en pratique ? Nous allons donc voir en troisième partie comment ils gèrent les consultations face aux patients quand ils abordent le sujet.

3) Les façons de faire en consultation

Nous allons dans un premier temps étudier dans quelles circonstances les généralistes vont aborder le thème avec leurs patients. Par la suite, nous verrons comment ils évaluent leur activité physique et comment ils l'inscrivent dans le dossier médical. Ensuite, nous nous pencherons sur les conseils qu'ils délivrent et sur la façon dont ils s'adaptent aux patients, avant de finir sur la façon dont ils font le bilan de leurs prises en charge.

3-1) Circonstances pour en parler et arguments pour convaincre

Le sujet est abordé avec le patient selon les liens qui peuvent exister entre un motif de consultation, un thème de conversation, et l'activité physique. Bien que toutes les occasions semblent bonnes et même si certains aimeraient se décrire comme systématiques, le sujet n'est pas traité si souvent que ça.

« C'est important, alors c'est pareil, le problème de tout ça, c'est que moi, je le fais un peu, ça vient dans la conversation, j'ai envie de dire tant mieux pour ceux pour qui ça a la chance de venir et d'autres pas. Donc les gens qui ne viennent pas souvent chez le médecin, je n'ai pas d'attitude systématique, je suis convaincue que la sédentarité c'est vraiment un problème et que l'activité physique c'est important. » Dr Babette.

Des médecins, passionnés par le sport ou l'activité physique en parlent avec les patients avec lesquels ils présentent des points d'intérêts ou des affinités communes, mais là on s'écarte déjà de notre sujet puisqu'en général les patients pratiquent déjà un sport et consultent par exemple pour un certificat ou une blessure liée au sport.

- *« A quelles occasions ça peut venir dans la consultation ?*
- *Une tranche d'âge analogue, des situations de vie qui se ressemblent, des passés un peu voisins...*
- *Que la vôtre ?*
- *Oui. Que mes expériences. De temps en temps, il m'arrive de dire, « ah bon, vous avez fait des agrès ? Moi aussi j'ai fait ça, entre tant et tant, c'est devenu un sport complètement con, mais qu'est-ce que c'était bien à l'époque. » Et du coup, ça réveille chez les gens... Comme... Comme tout ce qui est le plaisir de vivre, la musique, tout... On arrive à parler quelquefois de sujets qui nous touchent le malade et moi, et c'est se piquer les petits conseils, en même temps ; en même temps que ça se vit verbalement.*
- *Et ça vient à quel moment de la consultation ? Vous l'avez dit un peu, mais...*
- *Tout est bon. La consultation médicale, c'est une consultation où on est dans un univers où quelquefois la médecine n'arrive pas d'emblée. Il y a une introduction qui passe par « qu'est ce qui s'est passé aujourd'hui, qu'est-ce que j'ai fait hier », que le patient a envie de me dire. Il s'est tordu la cheville en faisant un squash, il s'est tordu un truc.... Il y a plein de trucs de l'ordre de la vie quotidienne et le sport, appliqué plus ou moins gaillardement par les gens, est une source de consultation aussi. Et puis il y a des gens âgés qui disent « voilà, je remarque, je n'étais pas sorti de chez moi depuis huit mois, je refais des petits sauts, je refais des petits trucs » et ça aussi, c'est très important. » Dr Claudius.*

Je vais donc étudier différentes situations de consultation pour préciser dans quels cas les praticiens choisissent ou non de parler de l'activité physique. Les situations choisies par les médecins pour en parler recoupent par la suite les arguments qu'ils utilisent pour convaincre les patients de pratiquer.

a) Les trois niveaux de prévention

➤ En prévention primaire

Les médecins abordent rarement le thème de l'activité physique en prévention primaire avec les personnes en dehors de tout contexte pathologique. Les praticiens qui citent la sédentarité de façon isolée comme motif pour en parler sont très peu nombreux.

- *« Et le conseil... On parle du cas « sédentarité », quand il s'agit de faire bouger les gens... Les formes de...*
- *Alors, ça, je pense que c'est un truc de prévention sur lequel je ne vais pas rentrer de façon indépendante de...*
- *Ouais, d'un motif d'appel, alors qui...*
- *Ouais, d'un motif d'appel. » Dr Sabine.*

Là encore, plutôt que d'en parler à tous les patients, les médecins choisiront d'en parler aux patients qui leurs semblent sédentaires, et ne poseront pas la question à tous leurs patients, ils sont sous l'influence de leurs premières impressions liées à l'aspect physique du consultant.

Influence de l'aspect physique du patient

En effet, dans l'interaction médecin malade, l'apparence physique de celui-ci a une influence non négligeable, c'est elle qui donne les premières impressions au médecin qui en retire dès les premières secondes des informations essentielles, que ce soit de façon consciente ou non.

Au cours des entretiens, il est donc ressorti que l'aspect physique peut interférer avec le conseil en activité physique. Le patient peut sembler sportif au médecin, il ne sera donc pas incité à parler de sport. Au contraire, si le patient est obèse ou encore s'il semble sédentaire, le médecin sera incité à en parler.

« Je pose un peu la question de savoir s'ils pratiquent un sport particulier ou pas. Ceux qui me racontent un tas de truc, c'est parfait. Et puis ceux qui me paraissent un peu sédentaires, j'essaie de les convaincre pour qu'ils le soient un peu moins. » Dr Paul.

Il n'y a cependant pas que la minceur ou la musculature qui intervienne, d'autres stéréotypes sociaux influencent les médecins, comme par exemple la tenue vestimentaire du patient.

« C'est vrai qu'il y a un vrai, il y a une influence de l'apparence de la personne sur ce qu'on va lui poser comme question hein, le mec qui vient, qu'est "clean", qui est en costard on ne pense même pas à lui demander(...) s'il fait du sport, (...), le mec qui arrive en survêt un peu obèse, euh, on va de suite penser, (...) alors que ça ne veut rien dire, mais bon. » Dr Axel.

Les médecins reconnaissent pourtant que l'apparence peut être trompeuse, ils sont le plus souvent conscient de cette faille mais ne peuvent pas se défaire de cette influence.

Les consultations de suivi des enfants

Quelques médecins rappellent en effet que c'est, dès le plus jeune âge, qu'ils doivent adopter des modes de vie favorables à leur santé, ils constituent donc une catégorie de patients pour laquelle ils se mobilisent volontiers.

*« Mais voilà, il y a un problème de surpoids, mais globalement, on arrive à peu près... D'où l'intérêt de la prévention dans les consultations pour les enfants aussi, moi j'essaye de parler aussi d'alimentation, de sport, je suis un peu orienté médecine du sport, donc moi je pense que ça fait partie intégrante de la prévention chez les tout-petits. On parle d'ostéoporose à soixante ans, mais on sait maintenant avec certaines études qui sont quand même sorties, le lait plus les activités physiques pour les enfants, à priori ça leur fera de meilleurs os pour plus tard, donc ça joue très tôt chez les enfants, et moi quand j'ai les parents là, j'en parle un petit peu, déjà à cet âge-là, d'essayer d'axer ce côté-là. »
Dr Edmond.*

➤ En prévention secondaire

Cette prévention sous-entend une possible pathologie cardio-vasculaire sous-jacente en raison de l'existence de facteurs de risque cardio-vasculaires. L'objectif est alors de diminuer la prévalence de la pathologie. Ce sont surtout le surpoids et le diabète qui sont cités, ces deux facteurs faisant partie du trio de tête.

- *« Alors tabac, alcool, activité physique, nutrition ?*
- *Activité physique.*
- *Alors, est-ce que vous vous intéressez à cet aspect de la vie de vos patients ?*
- *Oui.*
- *Comment vous abordez le sujet ?*
- *Quand je découvre un facteur de risque : surpoids, diabète, hypertension... C'est suite à quelque chose, je ne vais pas en parler comme ça. Je demande beaucoup s'ils font du sport... Un jeune de trente ans... Oui, je la pose. » Dr Cyril.*

Les enquêtes s'appuient sur la possible perte de poids lorsque l'activité physique est pratiquée en complément de l'adoption d'une hygiène de vie alimentaire adéquate. L'hypertension artérielle et les dyslipidémies sont d'autres points d'appel que les praticiens évoquent moins régulièrement. Enfin, les médecins proposent parfois l'activité physique pour accompagner leurs patients dans leur sevrage tabagique.

- *« Est-ce que tu parles de sport ou d'activité physique à chaque patient ?*
- *Pas avec chaque patient.*
- *Pas avec chaque patient, ok, donc quelles différences tu peux faire entre les patients ?*

- *Alors, quelles différences ? Alors, oui, bon, je le fais sur les patients donc en surpoids, diabétiques, cholestérols, oui. Les alcoolos-tabagiques, c'est un peu, euh, pff, ils ne sont pas en état de s'y mettre rapidement, donc, euh, eux non. Donc oui surpoids, diabète, cholestérol, oui, j'insiste. Les tabagiques, si, euh, quand ils arrêtent, là j'insiste sur l'idée de faire du sport pour compenser un peu le manque de nicotine. » Dr David.*

➤ En prévention tertiaire

Lorsque les pathologies chroniques sont installées, il s'agit de diminuer la prévalence des incapacités chroniques qui leur sont liées ou des récurrences. Les généralistes parlent alors de l'activité physique lors du suivi de ces pathologies.

Ce sont surtout des maladies vasculaires qui sont citées, infarctus du myocarde, séquelle d'accident vasculaire cérébral, et la broncho-pneumopathie chronique obstructive, l'objectif est la réadaptation à l'effort. Dans cette catégorie, on peut également parler des douleurs rhumatologiques, surtout les lombalgies pour lesquelles les médecins proposent l'activité physique.

- *« Est-ce que vous vous intéressez à la pratique sportive de vos patients ?*
- *Oui*
- *Dans quelles occasions abordez-vous ce sujet ?*
- *Je leur demande assez facilement s'ils font du sport, d'une part dans le recueil des antécédents, donc c'est plus souvent chez les nouveaux patients. Ou sinon pour les problèmes cardiaques, en psy aussi à but de détente. Forcément quand ils me demandent un certificat de sport mais là je dirai que je ne suis plus dans la prévention. » Dr Laurence.*

b) Les troubles psychiques

Je n'ai pas encore cité la deuxième circonstance majeure qui incitent les médecins à parler d'activité physique, mais l'extrait précédent l'annonce, il s'agit des troubles psychiques et de l'apport d'un bien-être moral, entité qui entre dans la définition de la santé. Les médecins abordent volontiers le thème lorsque le patient est angoissé, stressé professionnellement, dans les troubles du sommeil, de l'humeur ou dépressifs. Ces situations dans lesquelles les généralistes conseillent l'activité physique restent cependant plus légères que la pathologie psychiatrique.

- *« Alors dans quelles circonstances abordez-vous l'activité physique ?*
- *Alors l'activité physique régulière je l'aborde dans pas mal de domaines, à la fois chez les diabétiques bien entendu, mais un cadre qui sort un peu des recommandations classiques c'est les gens qui sont un peu stressés, des boulots anxigènes et lorsqu'il y a des « docteur je n'arrive pas à dormir » parce que ça c'est quand même un motif très fréquent de consultation, heu, je leur propose au même titre que beaucoup d'autres choses, d'avoir une activité physique régulière à titre curatif de pas mal de petits maux et ça marche assez bien. » Dr Dimitri.*

Deux des médecins recommandent également l'activité physique dans les douleurs diverses, surtout dans les pathologies psychosomatiques.

- *Chez les patients que vous suivez depuis longtemps est-ce que vous réévaluez l'activité physique ?*
- *Ça varie... Ça peut venir au cours de la conversation, les gens qui somatisent trop, par exemple les maux de ventre je leur dis : « attendez ça suffit, faites un peu de sport et ça ira beaucoup mieux. » Dr Laurence.*

Les arguments des médecins pour convaincre leurs patients de pratiquer rejoignent majoritairement ces aspects liés au bien-être. Ils expliquent que l'activité physique aide à amoindrir le stress, à se détendre, voire à lutter contre le syndrome dépressif. Ils mettent aussi en avant l'apport de relations sociales, la pratique sportive permet le contact avec les autres et de tisser des liens sociaux.

L'argument de l'aspect esthétique constitue par contre pour certains médecins un tabou. Tous reconnaissent que les patients ont très souvent cette motivation en arrière-pensée, elle est essentielle pour eux. Cependant une majorité des généralistes interrogés préfèrent ne pas utiliser cet argument. Une des raisons retrouvées est la crainte de vexer le patient, et ce d'autant plus quand il s'agit d'une femme.

- *« L'esthétique, par exemple, c'est un registre que vous pouvez mettre en avant ou pas ? Pour faire bouger ou pour faire maigrir, ça sera... Est-ce que vous pouvez l'introduire vous, est ce que vous pouvez rebondir dessus si le patient en parle, ou vous vous interdisez ce type de registre ?*
- *Alors, l'introduire moi,*
- *Vous ne savez pas ?*
- *Je ne vois même pas comment on fait, moi, je... Non, dire à quelqu'un « vous êtes moche, faut maigrir »*
- *Ah non, non, y'a des médecins qui font ça de préférence envers les patientes femmes parce que le répondant est supposé meilleur...*
- *Ah non, non...*
- *Mais, ouais...*
- *Bon, alors, ça, c'est un truc que je ne fais pas, mais bon...*
- *Je ne dis pas qu'il faut le faire hein ! L'argument, voilà, faire maigrir...*
- *Non, non, mais...*
- *Voilà.*
- *« Vous croyez que vous plaisez encore à votre mari vu comment vous êtes ? ». Non, ça, je ne fais pas !*
- *Rires*
- *Oui. Ça, je ne fais pas ! J'allais même dire, que quand c'est effectivement une souffrance esthétique, etc. j'essaie plutôt de parler de poids de forme et d'éloigner les gens des critères de la mode, j'ai plutôt... Je ne leur dis pas tous qu'ils sont beaux, parce que je ne suis pas dans cette relation-là mais j'essaie plutôt de valoriser*
- *Qu'ils sont acceptables...*
- *Ouais... Et puis, que ce n'est peut-être pas ça le plus important, que c'est de se sentir bien, non, l'esthétique, j'ai pas du tout l'impression de le faire intervenir... Maintenant, c'est souvent une plainte : « je me sens moche », c'est souvent une plainte, mais derrière,*

*le « je me sens moche », c'est pas « vous allez faire du sport pour être moins moche ! »
C'est plutôt...*

- *Alors, « vous allez faire du sport pour quoi ? »*
- *Parce que, vous voulez perdre du poids, vous voulez retrouver du dynamisme... Parce que si vous prenez des médicaments pour le diabète, vous prendrez moins de médicaments à terme si vous faites du sport, parce que, pareil pour l'hypertension, vous arrivez stressé chez vous parce que vous avez passé votre journée dans votre voiture, vous retrouvez vos trois gosses.*
- *Bénéfice...*
- *Si vous avez marché un quart d'heure, c'est mieux,*
- *Le plaisir...*
- *Le plaisir, du plaisir, c'est de ramener les gens aussi à des sensations : « oui je faisais », parce que c'est souvent : « ah oui, quand je faisais du sport, qu'est-ce que j'étais bien ! », bien lors, faites-en ! » Il y a aussi des gens qui n'ont jamais fait de sport.*
- *Qui n'ont jamais...*
- *Oui, le plaisir, la satisfaction de soi, le travail sur l'ego, ça fait du bien. » Dr Sabine.*

Les troubles psychiques et l'argument « bien-être » sont omniprésents dans les entretiens sur l'activité physique. Ce résultat de l'étude contraste avec les résultats des études internationales citées en première partie dans lesquelles les médecins ciblaient surtout les patients avec des pathologies somatiques quand ils choisissaient d'en parler. L'approche qualitative et le questionnement ouvert permettent probablement de faire ressortir ces différences.

c) Le cas particulier des médecins nutritionnistes

Quand les enquêteurs ont abordé le thème spécifique de la nutrition, ils ont demandé aux médecins si l'activité physique faisait partie de leur prise en charge. Leur réaction a été unanime : elle fait partie intégrante de leurs recommandations lors de ces consultations, elle est complémentaire aux conseils alimentaires.

Un des médecins ayant eu une formation spécifique en nutrition signale même que lors de celle-ci, il a bénéficié d'un item concernant l'exercice physique.

Lors des consultations spécifiques de nutrition par les médecins ayant une formation complémentaire dans ce domaine et dans la limite de notre échantillon (deux médecins dans ce cas), la prévention par l'activité physique est donc théoriquement considérée comme indispensable en complément de l'approche nutritionnelle, elles sont indissociables, ils essayent toujours d'en parler.

- *« Eh bien, quand je les vois en nutrition, alors là en revanche quand ils veulent faire les choses sérieusement, je leur demande de me voir en nutrition, donc je bloque une heure, et je leur fais faire un carnet alimentaire, où je leur demande de tout noter, au point de vue qualité, quantité, etc. J'ai un questionnaire type que je leur donne sur lequel il y a pratiquement tout d'indiqué, ça c'est au cours de la première consultation. (...) Donc j'ai un questionnaire type avec lequel je leur demande de tout m'indiquer en quantité, en qualité, les horaires, les circonstances, quel type d'aliment ils mangent, les quantités, les*

portions, tout (...) et je leur fais faire de l'activité physique dans la foulée et après on se revoit et je leur donne un comportement alimentaire en fonction de leurs erreurs éventuelles, si tant est qu'il y ait des erreurs. (...)

- *Et au niveau de l'activité physique, vous avez dit que vous en parlez un petit peu...*
- *J'insiste, pas un petit peu, je leur en parle pendant une demi-heure dans ma consultation d'une heure c'est presque... Vingt minutes j'exagère. Bien c'est 50 % du succès sinon, ils marchent avec une seule béquille, il faut une deuxième béquille. Faut pas virer seulement les apports, il faut gérer les pertes et donc il faut faire de l'exercice physique. Et si on ne fait pas d'exercice physique, on ne réussit pas, même le Programme National Nutrition Santé l'a dit, toute les études le prouve récemment, ça fait six mois qu'on n'arrête pas de dire qu'il faut faire de l'exercice physique, et quel que soit le comportement alimentaire équilibré, varié, et diversifié que l'on applique, s'il ne s'appuie pas sur l'exercice physique, ça ne fonctionne pas. » Dr Daniel.*

Ce constat n'est pas valable dans les autres consultations. Lorsque les praticiens n'ont pas de formation complémentaire et ne font pas de consultation dédiée à la nutrition, ils sont souvent limités par le temps pour développer l'activité physique, ils sont moins systématiques.

- *« Est-ce que tu essayes d'agir presque simultanément sur l'activité physique ?*
- *Oui, si possible. Si le patient ou la patiente est demandeuse ou demandeur. Les patients, euh, très nettement obèses, euh, ils ont du mal à se bouger, donc c'est la natation qui est un des meilleurs conseils, parce que ça gomme l'effet pesanteur, l'effet poids. Mais, euh, il y a des patients et des patientes qui restent réfractaires à ça. Après il faut, il faut-faut-faut essayer de la jouer subtilement en leur laissant découvrir que s'ils ne le font pas ils vont perdre moins que ce qu'ils espéraient et revenir à la charge en leur disant d'essayer de bouger un petit plus et qu'ils vont voir la différence. » Dr Damien.*

Lorsque les circonstances vont permettre de parler de l'activité physique, la première étape va consister à faire une évaluation de la pratique de leurs patients. Comment la font-ils ?

3-2) L'évaluation de l'activité physique

a) Quelle évaluation ?

La première étape avant toute intervention est celle de l'évaluation du patient et de son activité physique par le médecin. Le généraliste est censé avoir une connaissance globale de son patient avec un champ d'action bio-médico-psycho-social. Il peut connaître ses antécédents médicaux, mais également son environnement social, sa profession, et souvent même sa famille.

Je peux relever dans les entretiens que cette étape se résume en une évaluation subjective et intuitive. Il n'apparaît pas de questionnement standardisé d'un médecin à l'autre, ce qui rappelle l'absence d'outil.

Certains médecins interrogés pensent connaître suffisamment bien leurs patients pour savoir s'ils pratiquent une activité physique, et cela leur semble parfois suffisant.

- « *Du coup vous le savez, ou vous ne le savez pas si vos patients font du sport ?*
- *Heu... Je le sais parce que moi j'ai plutôt une patientèle jeune, j'ai beaucoup de gens qui font... Qui me demandent des certificats médicaux. Donc je sais à peu près qui fait du sport, oui, ça je le sais, mais ce n'est pas marqué dans le dossier par contre. Je le sais comme ça ou c'est marqué indirectement parce que j'ai les certificats. Alors quand je regarde mon dossier si je vois un certificat de sport je sais ce qu'ils font comme sport. »*
Dr Georges.

L'évaluation est parfois indirecte, la connaissance du métier exercé par leur patient les renseigne sur leur activité physique professionnelle, même si la question spécifique de la profession n'est pas récurrente lors de l'évaluation.

Quand ils décident de l'évaluer plus objectivement, quels sont les points sur lesquels ils questionnent leurs patients ?

Sur quoi porte l'évaluation ?

Les questions posées sont souvent simples et peu nombreuses, je retrouve donc au total une évaluation plutôt succincte, insuffisante, souvent résumée à trois questions ou moins. Les trois points qui sont évalués par la plupart des médecins sont relatifs à la nature des activités physiques pratiquées, il s'agit :

- Des activités physiques dans leur globalité
 - Des pratiques sportives, cet aspect est celui qui intéresse le plus les praticiens
 - De la marche quotidienne : activité physique liée aux déplacements
-
- « *Pour aborder l'activité physique (...) dans ce cas-là qu'est-ce que tu vas demander ?*
 - *Alors je demande s'ils font du sport et aussi surtout s'ils marchent dans la journée, parce que je pense que c'est aussi important d'avoir une activité régulière de marcher, euh, que de faire du sport c'est bien aussi, mais il faut aussi dans la journée bouger le maximum hein.*
 - *D'accord et qu'est-ce que tu demandes, combien de temps ils marchent, la distance ?*
 - *Oui voilà combien de temps, comment ils vont au travail, comment, si euh, j'essaie de voir à peu près les dépenses qu'ils font.*
 - *Donc comment tu évalues l'activité physique d'un patient ?*
 - *Sur la durée, quel sport ils font, combien de fois par semaine, et puis aussi effectivement s'ils marchent dans la journée, enfin s'il y a une activité en plus régulière dans la journée. »* *Dr Anaïs.*

D'autres paramètres liés à la nature de l'activité sont également cités mais de façon anecdotique par certains des médecins, ce sont la profession exercée (quand la question est posée à des fins d'exploration du niveau d'activité physique et non lors du remplissage systématique du dossier médical), le nombre d'étages montés ou descendus par jour, la possession ou non d'un chien qu'il faut aller promener, ou l'appartenance à un club pour la pratique du sport exercé.

- *« Si on choisit un thème comme l'activité physique auquel vous vous intéressez, est-ce que vous vous intéressez à cet aspect de la vie de vos patients ?*
- *Enormément, parce que comme je te disais, effectivement, moi, non seulement je fais beaucoup de sport, ça fait partie intégrante de ma vie personnelle, donc effectivement, j'en parle au cours des fameuses consultations pour renouvellement de traitement, j'en parle je pense à chaque fois, je leur demande ce qu'ils font, essentiellement, j'aime bien savoir leur semaine-type. (...)*
- *Et comment vous évaluez justement le sport qu'ils font, quelles questions vous leur posez ?*
- *De savoir effectivement ce qu'ils font comme sport, s'ils sont inscrits dans un club, ce qui est très important pour le suivi : on s'inscrit, on paye, on y va, en gros. Je leur dis même des fois pour motiver les gens de s'inscrire quelque part et dans ce cas-là, effectivement, si vous êtes inscrit, vous y allez. Si vous faites vous-mêmes, l'hiver vous n'irez pas. (...)*
- *Et vous vous fiez aux déclarations des patients ? Vous avez l'impression qu'ils vous disent la vérité ou pas ?*
- *On essaye, on n'a pas le choix de toute façon, l'intérêt des conjoints, enfants et tout ça, ça aide aussi, ça motive un peu, quand ils lèvent un peu les yeux au ciel « bah oui, je marche un petit peu tous les jours », bon voilà, on est obligé de se fier, après, des fois on répète deux ou trois fois les choses pour être sûr, et puis de les revoir en consultation aussi effectivement, ça vaut le coup pour savoir s'ils disent la même chose. L'intérêt du chien aussi est très important aussi, de promener le chien, les gens qui ont un chien effectivement se promènent un petit peu plus, des fois, ce n'est pas si mal d'avoir un chien. » Dr Edmond.*

D'autre part, dans cet extrait, Dr Edmond propose au patient de décrire sa semaine-type, ce qui permet une évaluation plus complète combinant le type d'activité, sa durée et sa fréquence. Ce type d'approche est original mais il est le seul à le faire.

Un des médecins, Dr Rémi, pense également à évaluer la sédentarité et s'intéresse au temps que les enfants passent derrière un écran.

- *« Activité physique, ça c'est noté.*
- *Dans les consultations nutrition mais aussi médecine générale ?*
- *Oui, parce que je suis très sensible à ça. Alors pas forcément noté, mais je le demande.*
- *Vous êtes sensible parce que ?*
- *Bien à cause de la nutrition, c'est la meilleure prévention de l'obésité. Avant l'alimentation ! Et chez l'enfant, c'est d'abord l'activité physique, donc les enfants que je vois, je m'intéresse toujours à leur activité physique et à leur quantité heures-écran.*
- *« Heures-écran ? »*

- *Oui. C'est-à-dire combien de temps ils passent devant leur écran. Parce qu'on sait que l'obésité est générée principalement par les heures-écran, même si l'enfant a de l'activité physique par ailleurs. Donc chez l'enfant, le plus important, c'est de s'intéresser à l'activité physique de l'enfant.*
- *Vous le notez ça, ou ça fait partie des infos...*
- *Je le note pas forcément, mais je pose la question, ça c'est sûr.» Dr Rémi.*

L'autre donnée importante que souhaitent connaître la plupart des praticiens est quantitative, ce sont les fréquences et les durées des pratiques, que ce soit des sports, des activités physiques autres ou encore la marche.

L'évaluation des conditions de la pratique est beaucoup plus rare. Un des médecins, Dr Hélène, s'intéresse aux modalités techniques des pratiques sportives, avec les notions d'hydratation, de chaussage et d'étirement. Ces aspects l'intéressent particulièrement, très probablement parce qu'elle est, elle-même, sportive et se sent à l'aise pour les aborder.

- *« Vous vous intéressez systématiquement à l'activité physique de vos patients ?*
- *Oui !*
- *Vous la quantifiez, vous... Comment vous faites ?*
- *Oui, j'essaie de voir, en effet de la quantifier en leur posant des questions comme ça sur... En discutant, voir un petit peu comment ils s'y prennent, s'ils prennent la voiture, s'ils ne la prennent pas alors qu'ils pourraient y aller à pied, enfin, certaines choses comme ça... Le moment de faire des certificats médicaux parfois pour leurs enfants est très intéressant. Parce que ça peut amener le sujet et on peut voir si eux font une activité sportive, laquelle, depuis combien de temps, ce qu'ils mettent en place autour, au niveau boisson, alimentation, échauffement, étirement, enfin toutes ces choses-là, et puis à côté d'une activité physique ou sportive éventuelle, est-ce qu'à côté de ça ils prennent la voiture pour aller chercher leur pain ou leur gamin à l'école, ou est-ce qu'au contraire ils vont à pied, ils montent l'escalier à pied, enfin différentes choses, ce qu'ils font pendant les vacances, voilà. (...)*
- *Vous l'abordez sur n'importe quel plan, en fonction du patient, sur la prévention cardiovasculaire, sur...*
- *Ça dépend du patient. Franchement ça dépend du patient.*
- *Et vous trouvez toujours une accroche ? Même chez le patient jeune qui a l'air de faire une activité sportive, qui a l'air de surveiller son alimentation...*
- *Oui, oui, oui, bon déjà les jeunes il y en a beaucoup qu'on suit depuis longtemps, donc ça vraiment ce n'est pas dur, et puis... Non, ce n'est pas difficile, quand ils viennent pas exemple pour un petit trauma qu'ils se sont fait en faisant une activité sportive ou autre, c'est pareil, ça permet, par exemple quand c'est sur les tendons, de revenir sur l'activité physique, sur « au fait, est-ce que tu bois assez, est-ce que tu bois pendant ton activité, est-ce que tu penses à t'étirer », du coup je leur remontre des exercices pour leur remettre en tête certaines choses, des étirements notamment, voilà... Ça permet de refaire le point sur l'alimentation quand on fait du sport, quand on en fait beaucoup, ou le fait de boire... Voilà, des choses. » Dr Hélène.*

Deux des médecins, Dr Dimitri et Dr Philippe évaluent l'adaptation des patients à l'effort et leur récupération après celui-ci. Le Dr Philippe est cependant un cas à part puisqu'il avait suivi la formation de kinésithérapeute avant de faire celle de médecine.

- « *Et vous vous fiez donc aux déclarations du patient ?*
- *Oh bah ouais, là-dessus, ils ne sont pas tricheurs. Ils ne trichent pas sur l'activité. » Dr Edouard.*

Dans cet extrait, Dr Edouard exprime implicitement que les patients ne mentent pas sur leur activité physique, c'est un constat fait par tous les médecins interrogés.

- « *Vous avez l'impression qu'ils vous pipeautent, là-dessus les patients, vous vous fiez à ce qu'ils vous racontent...*
- *En activité ?*
- *Ouais, ouais.*
- *Ah oui. Ah oui, y'en a tellement qui me disent qu'ils font rien que je pense...*
- *Non, mais c'est ça... Ça peut être... C'est plutôt un domaine sur lequel, les gens sont cash par rapport à d'autres consommations...*
- *Autant, autant, d'autres items, consommation, on essaie de déjouer un peu les pièges, en expliquant, oui, bien sûr, les gens sous-estiment leur consommation d'alcool, sciemment ou pas d'ailleurs, les gens ne connaissent pas leur poids ou en tout cas, le poids annoncé n'est jamais le poids de la balance, ils ont une notion de poids de forme, donc, ça, oui, oui, c'est même pas pipeauter, moi, je dois être pareil, mais, non, sur l'exercice, non, je pense qu'ils disent si, si. Je pense ça, moi, si, si. » Dr Sabine.*

Comme le pense Dr Sabine, l'idée que les patients ne trichent pas quand ils mentionnent leur activité physique contraste avec les autres préventions liées aux modes de vie, c'est-à-dire les consommations diverses (alcool, tabac, alimentation).

Le Dr Rémi s'intéresse à l'aspect plaisir du sport car c'est pour lui le seul moyen que l'activité physique soit poursuivie ou reprise après une période d'arrêt. Il est cependant le seul à s'intéresser à cet aspect.

« Après est-ce que c'est source de plaisir ? » Dr Rémi.

Quand l'évaluation a été faite, quelle trace vont-ils en garder dans le dossier médical ?

b) L'enregistrement dans le dossier médical

Lorsqu'un médecin voit un patient pour la première fois, il gère son dossier médical. Il précise ses coordonnées administratives ainsi que ses antécédents médicaux. Cette première rencontre est donc une étape initiale importante qui permet de faire préciser des informations essentielles sur le patient. C'est donc pour les médecins interrogés une occasion possible de se renseigner sur les activités physiques qu'il pratique. Le plus souvent, le dossier utilisé (majoritairement informatisé) comporte des items plus ou moins modulables à renseigner. Pour certains médecins, l'activité physique constitue un de ces éléments et ils posent la question dès la constitution initiale du dossier qui est alors l'occasion de remplir les données du dossier médical et donc de poser toutes les questions, mais cette démarche apparaît rarement dans nos entretiens.

- « Vous, comment vous essayez d'être présente ?
- Alors de toute façon, moi si vous voulez chronologiquement dès que je vois un patient, j'ai son nom, son prénom, sa date... Son métier - parce que ça permet quelquefois de faire des découvertes de maladies professionnelles très intéressantes... (rires) - son adresse, son numéro de sécu, etc. Je l'interroge immédiatement sur son tabagisme, et les consommations d'autres toxiques. Ça fait vraiment partie de... Je vais vous faire voir un dossier... Donc tabagisme, autres toxicomanies, alcool, et je leur demande « est-ce que vous avez des activités qui vous permettent de faire bouger votre corps avec plaisir », c'est-à-dire que ça peut être une pratique sportive, mais ça peut être aussi le plaisir d'aller à pied au travail, ça peut être un tas de choses... Enfin bon effectivement, ça débouche sur le sport. Je leur demande aussi...
- Donc ces questions-là sont systématiques aussi...
- Systématiques, ça fait partie du dossier. S'ils présentent des allergies, s'ils prennent des médicaments, et la date de leur dernier vaccin anti tétanique... (Rires)
- Donc jusqu'à la vaccination...
- Après ça je leur demande les antécédents familiaux, personnels, médicaux, chirurgicaux, obstétricaux... Enfin, gynéco pour les patientes. Voilà. Ça c'est d'emblée dès le premier doss... Dès le dossier. » Dr Héloïse.

Dr Héloïse n'hésite pas à interroger ses patients, dès la première consultation, sur leur activité physique, mais les médecins sont peu nombreux à faire comme elle. Dans ces situations, le généraliste ne se limite donc pas à accéder à la demande du patient, il lui signifie dès le début de la relation son intérêt pour une prise en charge globale et éducative, donnant le ton pour la suite.

Pour d'autres médecins, la première consultation est une rencontre au cours de laquelle proposer une prévention globale et poser des questions sur les modes de vie est surtout perçu par les praticiens comme un risque, et non comme un signe de qualité. Ils ont peur de brusquer le patient et préfèrent prendre les informations au fur et à mesure des consultations, quand la confiance s'installe peu à peu. Ils craignent donc que le patient trouve ses questions indiscrettes et invasives et le découragent de revenir consulter. Quand la relation se construit, l'approche préventive leur semble alors plus pertinente dans un deuxième temps. Cette gêne ne semble pas plus forte sur ce soin, mais étant donné que l'activité physique est abordée plus aléatoirement que les autres préventions, un patient que le généraliste ne verra qu'une seule fois aura moins de probabilité d'être interrogé sur celle-ci.

« Non, je ne vais pas forcément faire de la prévention parce que la première consultation avec un patient de 50 ans, j'ai déjà beaucoup de boulot avec lui. Je vais commencer à lui poser quelques questions sur ses modes de vie. Mais c'est certain que j'en fais plus avec mes patients habituels parce que pour faire de la prévention il faut établir des liens, autrement c'est « Qu'est-ce que c'est que ce casse-pieds ? Qu'est-ce qu'il vient me raconter ? » Dr Laetitia.

Ce type de réaction est également fréquent quand le patient a un autre médecin traitant qui le suit habituellement. Le thème n'est pas abordé de la même manière si le généraliste est ou non le médecin traitant, probablement parce que le praticien estime que dans ces cas-là, ce n'est plus son rôle, il s'investit donc moins.

Comment les praticiens renseignent-ils les informations concernant l'activité physique de leurs patients dans les dossiers médicaux ?

Les rubriques du dossier médical

Environ un quart des médecins notent des informations dans le dossier médical sur les pratiques d'activités physiques ou sportives de leurs patients. Les autres ne le mentionnent pas du tout. D'ailleurs, cela semble presque inutile à certains puisqu'ils estiment globalement le savoir. Les praticiens essaient de retenir l'information et font appel à leurs souvenirs pour déterminer le niveau d'activité physique de leurs patients, mais ils prennent ainsi le risque de se tromper. Pour rappel, une thèse réalisée récemment, dont j'ai parlé en première partie, a retrouvé que les estimations des généralistes étaient erronées dans environ la moitié des cas lorsqu'ils faisaient appel à leur mémoire.

- *« D'accord. Et est-ce que tu sais si tes patients font du sport, est-ce que c'est noté ?*
- *Non, parce que j'ai des fiches, euh, des dossiers lamentables, euh...*
- *... Des papiers ?*
- *Papiers pas terriblement, non, ils ne sont pas bien tenus, non. Mais globalement je sais quels sont mes patients qui font du sport oui. Et j'ai tout une, euh, c'est vrai que j'ai une patientèle de... De quadras, qui se, euh, qui font pas mal de sport quand même. » Dr David.*

- *« Avec quel outil ou comment évaluez-vous l'activité physique d'un patient ?*
- *Bah sur ce qu'ils font, s'ils font une activité de club ou s'ils font une activité physique de tous les jours.*
- *Vous le notez dans le dossier médical ?*
- *L'activité physique ? Non. » Dr Edouard.*

La manière succincte de répondre à l'enquêteur sans avoir besoin d'y réfléchir dénote une certaine dévalorisation de l'activité physique, comme si cette information n'était pas digne d'être notée, sans ressentir le besoin de se remettre en cause.

Seul un des médecins ébauche une réflexion personnelle sur sa pratique :

- *« Et vous le renseignez sur l'ordinateur ?*
- *Non, bizarrement non, je ne le mets pas, non c'est vrai... J'en parle à chaque fois mais je ne le note pas sur le dossier. » Dr Dimitri.*

Si on s'intéresse maintenant aux médecins qui notent cette information dans le dossier médical, celle-ci peut être inscrite de différentes manières.

Certains gardent une trace indirecte des patients qui pratiquent par l'intermédiaire des certificats médicaux de non contre-indication à la pratique sportive, mais certains patients peuvent avoir une activité régulière n'en nécessitant pas, et dans ces cas, il est plus difficile pour les médecins de repérer ceux qui ne pratiquent pas assez.

D'autres choisissent de le noter dans le résumé de la consultation du jour, dans ce cas-là, l'information n'apparaît pas dans une rubrique de type « antécédents » du dossier.

- « Vous le notez dans le dossier ?
- Oui, euh...
- Dans quelle partie ?
- Non, dans ma conclusion, ou dans les points à retenir, etc. Par rapport, au poids, ou ils disent pas du tout d'activité physique, et puis bon, généralement, quand les gens reviennent, je vais relire rapidement la consultation antérieure, j'arrive à voir ce qu'on avait abordé. Et puis les gens ils ont l'impression qu'on se rappelle d'eux, et donc on peut avancer et ne pas recommencer à zéro à chaque fois. » Dr Edmond.

Environ la moitié des médecins qui inscrivent l'activité physique le font dans une rubrique des antécédents médicaux, il peut s'agir d'une rubrique libre ou encore d'une rubrique « sport ».

- « On va commencer par l'activité physique, mais les deux choses s'organisent... C'est un aspect ? C'est quelque chose qui est demandé dans les interrogatoires sur le mode de vie ?
- Oui.
- Oui ?
- Je ne l'ai pas cité tout à l'heure, mais...
- C'est demandé et renseigné, c'est prévu dans votre dossier ou il y a ?
- Alors... L'efficacité de renseignement, je ne... Vous avez bien compris, je ne dis plus rien.
- Non, mais par exemple, est-ce que la rubrique existe ? Dans votre logiciel ?
- C'est à dire que j'ai des rubriques qui existent, et j'ai un cadre de rubrique libre, où je mets toujours... Tabac, alcool, suivi gynéco pour la femme... Activité sportive, vaccination
- C'est dans le cadre libre... Ça joue dans...
- Oui, c'est bien pour ça que parfois, ce n'est pas rempli...
- ...
- Normalement, c'est tabac, alcool, suivi gynéco pour les femmes, maintenant, j'essaie, de mettre les frottis, ce que je ne faisais pas avant et la mammo...
- Ouais
- ... Sport vaccination à jour, et puis après, si j'interviens sur la vaccination, ça passe dans les vaccins avec les rappels,
- D'accord, mais dans le cadre libre, la check list est pas telle quelle.
- Sport existe. Le sport existe. C'est une question que je pose... » Dr Sabine.

C'est surtout la pratique d'un sport ou non qui est notée, les autres activités physiques, liées aux déplacements par exemple ne sont pas mentionnées, d'autant plus qu'elles sont subjectives et difficiles à quantifier. Par exemple, le Dr Laetitia choisit donc de ne noter que si les patients pratiquent beaucoup de sport ou s'ils n'en pratiquent aucun, elle a probablement plus de difficultés à inscrire objectivement les pratiques intermédiaires.

- « Le notez-vous dans votre dossier?
- *Oui je peux le noter, par exemple, va en salle de sport trois fois par semaine, je le note quand c'est important mais je peux aussi mettre, n'a aucune activité physique et ce sont des trucs qui marquent. Là je disais à mon interne ce matin, cette dame je l'embête un peu parce qu'elle n'a pas de courses à faire, elle ne sort pas le nez dehors et elle ne bouge pas beaucoup ; donc ça je ne vais pas le noter dans le dossier, c'est pareil pour les personnes âgées, je leur demande si ils sortent tous les jours et ils me disent non, pas si je n'ai pas de courses à faire. Et moi, ça me choque... Bon alors bien sûr pas en hiver mais bon quand même ! » Dr Laetitia.*

Au total, l'activité physique est rarement inscrite dans le dossier contrairement aux autres préventions, qu'elles soient liées au mode de vie, tabagisme et consommation d'alcool, ou qu'elles constituent des dépistages, frottis cervico-vaginal, mammographie, Hemocult. Ces autres préventions ont également beaucoup plus souvent des rubriques qui leur sont consacrées dans les antécédents.

Pour les autres types de préventions (tabac, alcool, nutrition, etc.), les évaluations sont plus complexes et font plus souvent appel à des outils communs (test de Fagerstrom, agenda alimentaire, etc.). Ce n'est pas le cas de l'activité physique, il n'y a pas de méthode ni d'outil utilisé de façon récurrente par les médecins.

Une fois que l'insuffisance d'activité physique a été repérée par le médecin, ils ne peuvent plus s'arrêter là : ils doivent alors intervenir pour informer et conseiller ces patients. Comment s'y prennent-ils ?

3-3) Les conseils donnés

Nous avons déjà dit que les conseils donnés par les médecins généralistes sont donc le plus souvent des conseils de bon sens ainsi que des conseils qu'on retrouve dans le Plan National Nutrition Santé.

La marche à pied apparaît de façon récurrente au cours des entretiens, il s'agit du conseil le plus donné.

Parfois, ils conseillent aux patients qui le peuvent de profiter du transport jusqu'à leur lieu de travail pour faire de la marche, en descendant un arrêt avant du bus ou du train.

- « Et vous cherchez toujours en parallèle à agir sur l'activité physique ou... ?
- *Ça c'est assez systématique, et même chez toutes les personnes. C'est le deuxième truc peut-être un peu obsessionnel. Au fait est-ce que vous avez une activité physique, c'est au fait est-ce que vous fumez ? Est-ce qu'au moins vous arrivez à marcher ? Voilà et pour les gens qui prennent le RER et vont travailler sur Paris, vous descendez une station de métro avant et vous terminez à pied et le soir vous faites l'inverse, vous prenez la station de métro suivante. Oui, oui ça c'est assez systématique. » Dr Adrien.*

La marche est également conseillée pour accompagner les enfants à l'école, promener le chien, ou encore faire les courses. Elle constitue surtout pour les médecins interrogés le meilleur moyen de faire pratiquer une activité physique aux patients ne faisant pas de sport.

La durée et la fréquence de marche conseillées sont variables selon les médecins, de quinze minutes deux fois par jour à quarante minutes trois fois par semaine, mais ils insistent sur la nécessaire régularité de la pratique. Ils demandent également à leurs patients d'utiliser les escaliers et de se déplacer à vélo quand cela est possible.

« Est-ce que vous pensez à faire un petit peu de sport ? Est-ce que vous montez vos escaliers ou vous prenez l'ascenseur ? » « Je prends l'ascenseur ! » « Bien essayez de descendre un étage avant et le reste vous le faites à pied ! » Dr Bernard.

Ils recommandent de pratiquer dans un contexte convivial, agréable afin de pouvoir en ressentir du plaisir. Les objectifs doivent être à leur portée, même si pour cela, il faut y aller progressivement. Tout cela afin de favoriser la régularité.

- *« Vous jouez sur l'activité physique ?*
- *Oui*
- *Vous conseillez quoi ?*
- *Du sport deux fois par semaine*
- *Quel sport ?*
- *Ce qu'ils veulent mais j'ai envie de quelque chose qui leur fasse plaisir, pas quelque chose qu'ils n'aiment pas parce qu'ils ne vont pas continuer, il faut que ça soit agréable. Si ce n'est pas agréable ce n'est pas la peine. » Dr Benoît.*

De plus rares médecins n'hésitent pas à donner des conseils plus techniques : échauffement, étirement, chaussage, etc. surtout lorsqu'eux-mêmes sont sportifs, voire font des démonstrations d'exercices de gymnastique.

- *« Est-ce que vous aimez bien aborder le sujet ?*
- *Oui, j'adore et puis en plus je l'aborde en faisant quasiment des démonstrations, y compris à la personne âgée, je pense que c'est hyper important qu'une personne âgée bouge, je leur dis vous vous attrapez le mollet, vous attrapez le fauteuil, vous mettez un peu de musique, vous bougez, ça m'est arrivé de montrer comment on fait des pompes de femmes, quand je suis en pantalon je me mets par terre. Je m'implique complètement puis j'essaye de faire rire les gens et que ça les marque parce que j'ai une patiente qui me dit qu'elle raconte à ses collègues que je suis le seul médecin qu'elle connaisse qui montre comment faire des pompes ! Comment faire des bons abdos aussi parce qu'il y a des gens qui les font mal et ça les abîme plus qu'autre chose, bah là aussi si je suis en pantalon, je vais montrer ça sur la table d'examen. » Dr Laetitia.*

Seuls deux des médecins interrogés prescrivent parfois l'activité physique par écrit sur l'ordonnance comme le préconise depuis peu l'Académie nationale de médecine.

Le bon usage du temps pour l'activité physique

Le rapport au temps est important, il s'agit, comme nous l'avons dit, du premier obstacle cité par les patients pour justifier l'impossibilité de la pratique régulière d'une activité physique : ils n'ont pas le temps. Les médecins sont cependant divisés et leur réaction n'est pas unanime face à cet argument, qui avait déjà été évoqué dans la partie introductive (INPES, 2007).

Certains médecins ne cherchent pas à contredire les patients et se montrent compréhensifs, eux-mêmes n'en ayant parfois pas le temps non plus. L'importance de l'activité physique est rétrogradée derrière d'autres occupations telles que les courses, le ménage, le travail, s'occuper des enfants, les études, etc., elle n'appartient pas à leurs priorités. Le temps passé dans les transports est également problématique pour eux.

« Il y a l'importance du message théorique et le message pratique, c'est quand on dit par exemple au patient de faire du sport, mais quand ils ont 3-4 heures de transport par jour, ils arrivent épuisés le soir, plus la famille à s'occuper, je ne sais pas où on peut caser le sport. » Dr Bertrand.

D'autres médecins ont plus de difficultés à accepter cet argument des patients : s'ils n'en ont pas le temps, c'est qu'ils ne veulent pas en trouver. Et parfois, ils se donnent même en exemple : si eux-mêmes médecins ont le temps malgré leur charge de travail, tous les patients devraient pouvoir s'en libérer également.

- *« Quels obstacles vous rencontrez ?*
- *Sur la pratique ou sur le...*
- *Pour les inciter à pratiquer du sport ?*
- *Oh bah les gens qui ne veulent pas... Alors il y a toujours ceux qui disent : « Je ne peux pas parce que je rentre trop tard », « Je n'ai pas le temps », ou « Il faut que je m'occupe des enfants, du mari, de la maison, du ménage ou je ne sais pas quoi ». C'est une question d'organisation, quand on veut, on peut toujours trouver le temps d'avoir une activité physique. Ces gens sont réticents parce qu'ils ne veulent pas s'organiser, ils ne veulent pas trouver le temps. » Dr Edouard.*

Pour contourner cet obstacle, les médecins généralistes demandent parfois à leurs patients d'utiliser le temps libre de leur week-end ou de leur pause déjeuner en semaine. Certains s'investissent encore plus et demandent au patient de détailler leur planning de la semaine pour trouver du temps disponible avec eux.

« Activité physique, c'est demander à un type euh qui est cadre, qui travail dix heures par jour, qui revient le soir crevé, d'aller faire du jogging au parc de Saint-Cloud, et s'il le fait une fois par semaine ça ne sert à rien. Hein ce que disait ce patron c'est qu'il faut

faire au moins dans la journée une demi-heure de marche à pas rapide, bon bah ça peut être un quart d'heure le matin avant d'aller à son boulot, et un quart d'heure le soir en rentrant. Voilà. Il faut aussi que ça colle à la réalité des gens. Si vous leur dites bah oui, ils vous disent... « Quand j' serai à la retraite » c'est à dire à soixante-dix ans maintenant « J'irai faire du vélo au parc de Saint-Cloud, mais en attendant euh le matin je démarre à sept heures et je rentre le soir il est vingt heures trente, qu'est-ce que vous voulez que j'aïlle faire le guignol à mettre mon bandana pour aller faire de la course à pied à Saint-Cloud, ça n'a pas de sens ! ». Donc il faut trouver des situations qui favorisent l'activité physique, mais qui soient en rapport avec ce que les gens vivent, donc ça peut être par exemple dans un... Dans des bureaux euh marcher, ça peut être, ne pas rester figé devant son truc, ne pas hésiter à se déplacer, prendre des escaliers, c'est important les escaliers ça vous, quand vous avez fait 3 étages à pied, vous avez fait ça plusieurs fois dans la journée, vous avez fait un effort physique. Voilà, c'est des petits trucs et ça, ça s'intègre bien dans le cadre de d'une activité professionnelle. Euh le reste c'est, il faut être chômeur ou à la retraite quoi. » Dr Brice.

Dr Brice insiste sur la nécessité de donner des conseils qui ne soient pas aberrants ni ridicules, il dit lui-même qu'il ne s'agit pas de « faire le guignol », les propositions du médecin doivent être applicables et s'adapter à l'agenda du patient et à ses possibilités.

Quelques médecins rappellent également qu'il faut limiter le temps passé devant la télévision ou les consoles de jeu pour les enfants.

Le choix de l'activité

Pour tous les médecins interrogés, le choix du sport ou de l'activité physique n'est pas de leur ressort. Il doit se faire par le patient, selon ses goûts. Lorsque le consultant souhaite être orienté, ce sont la marche, la natation, et le vélo qui sont le plus souvent conseillés.

Dans tous les cas, les médecins discutent du choix de l'activité physique avec leurs patients. Ils n'imposent pas un sport et certains préfèrent même ne rien proposer, laissant au patient le loisir de découvrir ce qui lui plaît vraiment, comme une quête, et surtout pas une contrainte.

« Ça m'arrive souvent de demander aux patients s'ils font du sport et de les inciter, et de leur proposer des sports : la natation et le vélo et la marche à pied. D'essayer de trouver avec eux le sport, quel sport pouvait les intéresser. (...) Il faut que ça soit un plaisir, donc d'essayer de chercher ce qui peut être compatible avec ceux qu'ils ont envie de faire, parler des cours de sport qui sont sympas, de façon toujours conviviale, jamais comme une contrainte, donc ça c'est important pour emporter leur adhésion, pas le présenter comme « il faut que » c'est quand même très important, donc là il faut chercher avec eux. Dans la prévention il est important de se dire que c'est avec eux qu'on arrivera à trouver la motivation, ce n'est pas le « y'a qu'à, faut qu'on. » Dr Babette.

L'idée de trouver une activité physique qui procure du plaisir est reprise par de nombreux médecins, comme dans l'extrait ci-dessus.

Pour les personnes souffrant de problèmes articulaires ou de surpoids, le meilleur choix leur semble la natation. Pour les diabétiques et les personnes âgées, ce sont la marche ou la gymnastique qui sont privilégiées par les généralistes.

Les praticiens essayent, dans tous les cas, de ne pas imposer de sport particulier à leurs patients. Ils tentent de les orienter, ce qui rejoint une forme de spontanéisme qui est la conception selon laquelle il suffit d'informer le patient pour qu'il se mette à avoir une activité physique (Chantelat & Perrin, 2009). Les généralistes n'ont pas une approche interventionniste qui consisterait à accompagner un patient dans une activité afin qu'il puisse devenir autonome pour la pratiquer, et l'aider à franchir les obstacles, par exemple ceux liés à une maladie. Dans le travail de Chantelat et Perrin, on peut relever une certaine critique du spontanéisme, les auteurs privilégient l'approche interventionniste qu'ils jugent plus efficace.

Les médecins interrogés n'adressent pas les patients à un club ou à une association, mais rien ne semble fait pour que les professionnels de santé soient mis en contact avec ces structures. De plus, s'ils le faisaient, cela leur permettrait-il de continuer de personnaliser leurs recommandations ?

Infrastructures, outils et environnement

- Environnement citadin, rural

L'environnement citadin met à disposition plus d'infrastructures ou de clubs sportifs, mais beaucoup d'activités ou, plus précisément, de sports sont décrits comme onéreux à Paris et donc non accessibles à chacun. A l'opposé, l'environnement rural est décrit au contraire comme plus propice à la pratique du vélo ou de la course à pied.

« Je leur conseille toujours d'en pratiquer, l'activité de leur choix mais c'est vrai que là où je travaille ce n'est pas trop le problème parce que c'est une ville proche de la nature et ils ont quand même largement la possibilité de faire une activité ou du vélo, de la course ou ce qu'ils veulent et on ne connaît pas... On n'est pas dans une ville très citadine où il y a que des voitures et rien pour courir, c'est un avantage. » Dr Bertrand.

- Structures sportives

➤ Privées

Les salles de sport ne sont pas considérées favorablement par les médecins et sont donc rarement conseillées. Elles sont décrites comme étant désagréables, au bout de quelques mois, les patients n'ont plus envie de s'y rendre, et y vont à contrecœur se sentant obligés de rentabiliser l'abonnement annuel déjà réglé. Cet aspect financier ne permet qu'aux patients les plus aisés d'y accéder, il les incite à y retourner pour rentabiliser leur abonnement, même s'il n'y a plus de notion de plaisir associé.

« Mais souvent on voit des gens qui vont s'inscrire dans des salles de gym, qui s'inscrivent six mois et après c'est fini. Même pas... » Dr Georges.

➤ Publiques

Les infrastructures publiques sont décrites comme inadaptées, elles ne sont pas accessibles au moment où les patients pourraient se libérer du temps pour s'y rendre. Seuls les parcs publics sont plébiscités pour inciter à la pratique de la marche à pied ou du footing.

« Non, mais ce n'est pas possible : faire du vélo dans les rues c'est impossible, dire aux gens d'aller à la piscine c'est pratique mais impossible parce qu'on en voit les horaires et puis il faut que ça leur plaise et que ça soit disponible. (...) Ce qui m'amuse beaucoup, c'est qu'ils ont fait des pistes cyclables partout et qu'il n'y a jamais aucun vélo dessus, jamais, c'est extraordinaire ! Y a quoi d'autre comme sport ? C'est impossible, il n'y a pas d'autre sport, donc les gens qui sont dans leur bureau à chez eux, chez eux au bureau, ou autre, à part ceux qui vont s'inscrire dans une salle de sport, les autres ils ne font pas de sport. Donc c'est difficile. » Dr Bruno.

Dr Bruno a une vision assez réductrice et semble rapidement à court d'idées pour conseiller ses patients. Il critique les pistes cyclables sans reconnaître que le nombre de déplacements à vélo a augmenté récemment, surtout depuis l'introduction des vélos en libre-service

Aucun des autres médecins n'évoque d'infrastructure spécialisée pour aider les obèses ou autres patients, à se remettre à une activité physique, nous ne leur avons pas demandé s'ils en connaissaient l'existence, mais cela aurait dû surgir spontanément s'ils en avaient connaissance. Seul un des médecins interrogés fait exception, le Dr Claudius, il parle des piscines pour obèses et leur propose d'ignorer le jeu des regards et des normes sociales :

« Alors, qu'est-ce qui peut me retenir d'aborder un sujet pour une activité physique ? J'ai toujours abordé par exemple un sujet d'activité physique devant un obèse, et même une femme obèse. Je vais toujours parler de piscine. Alors que je sais que ça porte à faux et je vais lui montrer que c'est quelque chose qui lui pose un problème de l'ordre de... De l'ordre de l'esthétique, des trucs comme ça. Et je connais des piscines où des gens obèses vont, et ils ne sont plus emmerdés. Bien oui. Il y a des horaires où ils se sont faits des petits clubs de gros qui vont à la piscine et c'est pas du tout plus gênant, l'eau monte un peu plus haut, c'est tout, tant pis, mais ils sont ensemble. Et puis, s'il y en a des pas obèses à côté, ce n'est pas plus gênant. C'est dix fois plus emmerdant d'être avec un fonceur qui vous envoie des coups de pied dans la tête quand vous nagez que d'être à côté d'un obèse dans la piscine. (...) A vous de saisir que vous avez le droit de franchir un pas de... de l'exposition de votre corps. Parce que, par ailleurs, vous êtes bien moins emmerdants que des sportifs filiformes qui font des conneries tout le temps à la piscine ». Bon. De temps en temps, moi j'ai des gens... J'ai un type qui... Une femme qui a ses 107 kilos et qui va à la piscine, qui s'en fout désormais, petit à petit qui est toute contente... (...) Il y a aussi beaucoup de kinés qui travaillent en piscine et c'est un magnifique préalable à la possibilité d'exposer son corps et ça, c'est très, très chouette, parce qu'il y a des kinés justement qui sont dans le... Dans la situation en tant que kinés. Ils sont biens, valides, balèzes et tout ; ils sont en face de quelqu'un qui est obèse qui est dans l'eau, en maillot de bain et il y a plein de choses que les gens obèses s'approprient, tout doucement, comme une aisance petite, et petite puis plus grande, puis plus grande et hop ! Ils feront le pas. Le type comme le kiné d'à côté, le type il a réussi à faire mettre quinze obèses par an à la piscine municipale simplement en étant à l'aise avec eux. » Dr Claudius.

Les généralistes semblent donc avoir un champ de vision réduit des activités qu'ils peuvent proposer à leurs patients. Ils suggèrent souvent les mêmes sports et n'ont pas un grand éventail de choix, mais ils n'ont pas l'air conscients de ces limites.

Les autres conseils :

Je retrouve dans les entretiens deux catégories de médecins.

Certains intègrent l'activité physique dans une prise en charge globale, comme élément d'une hygiène de vie comportant également une alimentation équilibrée ou encore l'abstention tabagique.

- *« C'est associé à d'autres conseils ? Sur l'alimentation... »*
- *Ah l'alimentation, toujours, toujours !*
- *Sur le tabac, sur le sommeil...*
- *Bien sûr ! En fait c'est vraiment sur l'hygiène de vie, donc il n'y a pas que le sport ou l'alimentation, il y a respecter les heures de sommeil, éviter les abus, les excès de toutes sortes, enfin voilà c'est vraiment quelques chose de très... Très global. » Dr Hélène.*

D'autres préfèrent ne pas tout mélanger, ils évitent de parler des autres aspects des modes de vie mais peuvent, pour cela, proposer une autre consultation si cela est nécessaire.

- *« Est-ce que vous associez les conseils sur le sport à d'autres conseils ? »*
- *Est-ce que j'associe les conseils du sport à d'autres conseils... Alimentation oui. L'alimentation, c'est très simple, je pars sur le principe je dis « si un jour vous voulez qu'on en parle, vous me faites une liste de quatre jours représentatifs de votre alimentation, vous oubliez rien, liquides, tout ça, vous me donnez pas les quantités au gramme près, mais vous expliquez combien de cuillères à soupe, combien il y a de patates, voilà, combien il y a de cuillères... La viande... Il faut qu'il y ait tout, que vous soyez votre propre flic et après on voit ce qu'on peut modifier. »*
- *Donc, quand vous parlez de sport, vous parlez forcément d'alimentation, ou pas du tout ?*
- *Un petit peu. Mais... Je ne mélange pas tellement les deux. Je ne mélange pas tellement les deux, parce que le sport, d'abord, ça me plaît tellement, que je finis ma consultation en en parlant, mais l'alimentation peut très bien passer à une autre consult'. » Dr Axel.*

Lorsque ces généralistes conseillent de bouger, ils ne parlent pas forcément de l'alimentation car cela leur prendrait beaucoup de temps ou bien cela leur semble trop spécialisé et préfèrent demander au patient de revenir, s'aider de la diététicienne ou d'un médecin formé en nutrition.

Au total, ils ne proposent que peu de moyens concrets de pratiquer, ils laissent le choix aux patients, leurs conseils restent flous et peuvent même paraître naïfs.

Alors comment s'adaptent-ils à leurs patients ? Ils ont des ressources limitées. Or la diversité des individus ne permet pas aux médecins d'avoir une attitude systématisée, ils doivent s'ajuster à chacun de leurs patients. Ils n'autocritiquent pas leurs prises en charge, et ne semblent pas avoir conscience des limites de leurs représentations.

Quelles sont justement ces variables liées aux patients ?

3-4) Les variables liées au patient

Le problème de la motivation et de l'envie

Si la motivation ne vient pas du patient, il semble difficile aux médecins d'imposer une activité physique, cela leur semble même voué à l'échec dans ces cas-là. Même si le patient fait des tentatives, c'est seulement sa motivation personnelle qui peut l'aider à poursuivre. Si le patient ne veut pas pratiquer un sport : c'est souvent rédhibitoire pour les médecins interrogés qui ont tôt fait de renoncer à en parler.

« Ce n'est pas à moi de leur choisir leur sport. (...) Je vais vous dire une chose, quand vraiment il n'a pas envie, vous ne le motiverez pas ! Vous pouvez motiver quelqu'un pour « J'arrête de fumer, j'arrête de boire », non, peut-être pas pour boire, mais fumer plus facilement, le sport, quelqu'un qui n'a pas envie, qui n'est pas sportif, ça ne l'intéresse pas, il va essayer deux jours et il va arrêter. C'est quelque chose de contraignant. Il n'en a rien à foutre ! C'est plus le patient qui a vraiment la volonté que le médecin ! Faut avoir envie, le temps, se dire « J'y vais régulièrement ! » Il y en a qui aiment pas ça, on n'est pas tous égaux sur la terre ! » Dr Cyril.

Les médecins se sentent souvent impuissants lorsque les patients n'ont pas l'envie ou la motivation de pratiquer une activité physique. C'est un paramètre sur lequel ils n'arrivent pas à agir. Ils distinguent deux catégories d'individus : ceux que le sport peut intéresser, par exemple ceux qui ont pratiqué dans le passé et qui ont dû arrêter, et ceux qui n'ont jamais été sportifs, pour lesquels ils baissent rapidement les bras.

L'habitude

Le poids des habitudes de la vie quotidienne n'est pas négligeable lorsqu'il s'agit de modifier les comportements, ils prennent progressivement la place de l'intention. Ils s'automatisent jusqu'à échapper peu à peu à notre volonté.

« Une personne qui serait un peu ronde, bah effectivement lui dire euh, est-ce qu'elle est gênée euh... Et y'en a qui en parlent directement « voilà je suis un peu... J'aimerais bien perdre du poids etc. - Est-ce que vous avez une activité physique ? Vous habitez à quel étage ? Est-ce que vous montez vos escaliers plutôt que de prendre... » (Elle se coupe). Vous savez quand vous allez à gare du Nord, le métro se vide, et là vous avez un troupeau qui attend pour prendre un escalator... Je crois que c'est pour descendre, ou c'est pour monter ?... Enfin un petit étage quoi. Et là vous rigolez : « mais ce n'est pas possible quoi ! Il y a l'escalier, espèces de veaux ! »... C'est vraiment l'habitude là ! Vous avez toutes sortes de gens, et certainement des gens qui font du sport. Donc c'est vraiment cette habitude... C'est aberrant ! C'est aberrant... » Dr Claire.

Dans cet extrait, Dr Claire s'emporte devant le comportement automatique des individus au point de les comparer à du bétail, comme s'ils ne se rendaient même plus compte de ce qu'ils faisaient.

En plus de ces comportements de la vie quotidienne, une mauvaise habitude est régulièrement citée : celle de ne pas faire de sport, ceux qui n'envisagent même pas d'en faire ou qui n'y avaient tout simplement pas pensé.

« Oui, mais alors c'est vrai que c'est plus facile à faire accepter à un trentenaire qu'à un cinquantenaire. – Elle rit -. Dans ces cas-là, ce que je propose, c'est que bah au lieu de se contenter de promener le chien, de lui faire faire pipi tous les deux mètres, d'aller marcher une demi-heure dans (nom de la ville), il y a pas mal de côtes, c'est pas mal, et puis progressivement, on élargit la promenade, j'essaye de les motiver à faire ça régulièrement dans la semaine. Bon, maintenant, je glisse toujours un petit mot sur les activités adaptées, mais bon, ça, très franchement, c'est utopique. C'est utopique. Autant la marche, ils vont éventuellement faire les choses, autant le reste... S'ils n'ont pas l'habitude de faire du sport, ils n'en feront pas. Pour certains, le seul sport, c'est promener le chien. » Dr Eléonore.

Difficultés socio-économiques, précarité

Les plus démunis ont souvent d'autres préoccupations que celles de pratiquer une activité physique. Ils sont moins dans l'anticipation de l'avenir et agissent beaucoup plus dans l'urgence. Certains médecins estiment même que ce serait inapproprié de leur en parler. Globalement, ils reconnaissent que la pratique d'un sport est plus facile à mettre en place lorsqu'on s'élève dans l'échelle socio-professionnelle. Ces constatations rejoignent pleinement la bibliographie de la première partie, les populations précaires ne se préoccupent pas ou peu d'adopter un mode de vie sain pour leur santé future (Millet & Thin, 2005).

- *« Et donc euh... pour les patients qui sont euh en situation de précarité, c'est difficile de parler de prévention ?*
- *Je pense que c'est... Oui, oui c'est plus difficile. C'est beaucoup plus difficile, quand ils ont d'autres problèmes. Alors ça dépend quelle prévention : effectivement, vous leur parlez euh tabac / alcool, ça ils vont très bien comprendre. Ils prennent de l'alcool hein, ils boivent, ils fument ; ça ils vont bien comprendre. Parce qu'ils ont des copains qui ont des ventres comme ça (mime gros ventre plein d'ascite) qui ont des problèmes, qui ont eu des gros soucis, des cancers, qui sont sous oxygène... Mais après le reste euh... Prévention : alors faire attention un petit peu à ce que vous mangez euh... Alors si : si on fait un cholestérol, alors on va s'appuyer dessus quand-même, on va dire euh « ce truc faut le mettre de côté » Mais pas... Pas... Sinon, pas le sport quoi.*
- *Mais vous le faites quand même ?*
- *Non, non, je ne pense pas. Quelqu'un qui est vraiment en situation de détresse, je ne vais pas lui dire qu'il faut qu'il aille euh (elle se coupe) je ne saurais pas le faire peut-être. Voilà, je ne saurais peut-être pas le faire.*
- *D'accord.*
- *Parce que là, faut que la personne elle ait envie de changer, qu'elle ait envie de se reprendre en main, et puis qu'elle ait un peu l'esp... L'espoir même en elle pour avoir envie de... C'est un peu euh... Je ne sais pas, ce n'est pas secondaire hein, mais c'est quand même par rapport aux autres préventions un peu secondaire hein. » Dr Claire.*

Le frein lié à la précarité semble plus marqué pour l'activité physique que pour les autres préventions. Cette notion d'espoir formulée par Dr Claire lui paraît nécessaire pour décider de changer de mode de vie et d'être moins sédentaire, elle n'est, au contraire, pas indispensable lorsqu'il s'agit d'arrêter de fumer ou de consommer de l'alcool.

L'autre facteur régulièrement cité est le coût de l'activité physique. Certains sports sont onéreux, et leur accès peut en être limité. Le problème est multiplié dans le cas des familles nombreuses. Cependant, les médecins savent dans ces cas revenir à des activités plus simples avec l'utilisation des espaces verts publics, réduisant le coût à celui de l'équipement sportif. Ces constats rejoignent les raisons de la non-pratique citées en première partie, avec particulièrement le problème du coût financier de la pratique ainsi que la difficulté d'accès aux équipements, par exemple en raison de l'éloignement et de l'absence de véhicule personnel et de desserte suffisante par les transports en commun. (Muller, 2005).

« Bien sûr qu'il peut y avoir des déterminants pour l'alimentation, c'est vrai que si vous avez un niveau socio-économique bas, c'est plus compliqué... Oui faire du sport, aller dans une salle de sport, ça coûte des sous. Mais faire du vélo, acheter des baskets, c'est faisable. Bien évidemment, ce que je disais tout à l'heure, il y a beaucoup de déterminants. Sociologiques, sociétaux, voilà... » Dr Georges.

Il peut également exister des différences selon les cultures des patients, ou selon les habitudes familiales, avec, par exemple, parfois des préjugés. Dans ces cas-là, le changement des comportements ne peut que se faire dans la durée et parfois même sur plusieurs générations.

- *« Et les différences de sexe, de milieux sociaux, de tout ça, là, vous trouvez que ça joue à ce niveau-là ou pas ? On peut élargir avec la nutrition, c'est cette histoire de corps dynamique, corps actif...*
- *Culturel, certainement, parce que y'a quand même des... Et ça, je me pose la question dans plein d'autres domaines que la nutrition, c'est-à-dire quand on n'a pas le même schéma culturel de représentation du corps, c'est hyper dur de parler de ça, je pense à une famille d'Indiens que je suis, la mère est en surpoids, le père est en surpoids, les enfants sont en surpoids, j'en ai jamais parlé je pense.*
- *Ouais*
- *Pareil pour les gens, pareil pour certaines populations d'Afrique du Nord. (...) Les gens qui sont âgés, qui sont encore des gens qui font partie de la première, de la deuxième immigration, tout ce qui est poids, diabète, nutrition, c'est hyper dur.*
- *Vous ne vous en sortez pas.*
- *J'en fais plus, je ne vais pas dire « on », parce que... Pour moi, là, je suis très peu, très peu, très peu incitative, on n'est pas dans le même schéma.*
- *Oui, donc, ça fait quand même partie des facteurs qui font baisser les bras...*
- *Ah oui, oui. Ça, ça... Indéniablement... Alors, je vais quand même réussir à atteindre ces gens-là par les enfants ou les petits-enfants, vous voyez ce que je veux dire, je vais... Le petit enfant qui vient avec sa grand-mère, je pense à un enfant très précis, je la connais depuis vingt ans, une diabétique, en surpoids, très équilibrée, elle a le voile, une djellaba, elle connaît ma nounou, bref, on est très potes, je lui en ai jamais parlé, par contre, son petit-fils euh, qui commençait sa courbe de poids, là, j'ai un discours plus convenu... C'est-à-dire : « faut qu'il fasse plus d'exercice, faut arrêter le grignotage »,*
- *Discours aux parents*
- *A la grand-mère qui*
- *Voilà... C'est elle qui me l'amène...*

- *Et là*
- *Et là, ça embraie...*
- *Ah, je pense que ça embraie.*
- *Mais elle, on s'entend très bien, Donc, je ne lâche pas... C'est en vous le disant, que je le remarque que j'ai un discours avec son petit-fils, que je n'ai jamais eu avec elle alors que je la traite pour le diabète et l'hypertension, j'aurais eu le temps...*
- *Oui, non...*
- *Voilà, donc, quand vous me dites ça. Alors, après, vous me disiez... Culturel, oui. Euh... On va le dire. » Dr Sabine.*

Dans cet extrait, Dr Sabine se rend compte à mesure qu'elle avance dans ses réflexions qu'elle n'a jamais parlé d'activité physique à l'une de ses patientes, probablement en raison de son origine ethnique, alors qu'elle aurait pu le faire. Elle n'en était même pas consciente. Toutes les populations n'ont pas la même conception de l'activité physique en fonction de leur culture et les médecins se retrouvent régulièrement dans des situations d'échecs avec certaines d'entre elles.

- *« Et puis là où c'est très difficile, c'est avec les Africaines, où il y a encore une autre représentation du corps. Les Africaines qui viennent en surpoids, c'est très difficile, car elles veulent perdre du poids, mais en fait...*
- *C'est aussi valorisé...*
- *... Ce n'est pas culturellement inscrit. C'est quelque chose de l'ordre d'un désir superficiel, donc elles ont peu de motivation...*
- *Oui enfin, c'est une histoire d'immigration, enfin...*
- *Voilà. Et donc j'ai l'exemple de quelques femmes africaines très, très grosses où la perte de poids reste modeste et l'activité physique est quasi nulle. Donc là, c'est plutôt un échec. » Dr Rémi.*

La variabilité selon l'âge du patient

Les praticiens n'ont pas été spécifiquement interrogés sur la manière dont ils parlent de l'activité physique selon les catégories d'âge de leurs patients, j'ai donc peu d'extraits sur cet aspect. Il apparaît pourtant que les difficultés qu'ils rencontrent lorsqu'ils l'abordent avec les adultes n'existent pas avec les enfants. Dans l'extrait du Dr Sabine du paragraphe précédent, cette opposition est franche, c'est la différence culturelle qu'elle met en avant pour l'expliquer. L'opposition entre adultes et enfants est beaucoup plus générale que cela et s'explique aussi par d'autres facteurs que mon travail met en évidence. J'ai cité, lors de l'état des lieux, les freins à la pratique parmi lesquels l'absence d'intérêt pour le sport, l'âge trop élevé, les problèmes de santé, et le manque de temps, or pendant la période de l'enfance, ces obstacles ont rarement lieu d'être. D'autre part, les médecins ont signalé comme obstacle le manque de motivation de leurs patients, et à cet âge, les habitudes sont encore rarement installées et les plus jeunes agissent souvent sous la pression de leurs parents, ce qui réduit l'influence du manque de motivation personnelle pour pratiquer.

De plus, je peux ressentir au travers de leur discours qu'ils tentent de responsabiliser les parents, voire même de les culpabiliser si leurs enfants ne font pas suffisamment d'activité physique, surtout s'ils ont des problèmes de surpoids. Les médecins soulignent donc l'importance d'aborder le thème de l'activité physique avec les enfants dès leur plus jeune âge afin que de bonnes habitudes soient prises, avant même l'adolescence, période à laquelle cela leur semble déjà plus difficile.

- *« Il y a des choses qui peuvent vous retenir d'aborder le sujet ? Ou jamais ?*
- *Oui. Tout ce qui est manifestement... Ah non on est sur l'activité physique... Non pas forcément.*
- *Jamais vous ne vous retenez...*
- *Si un peu mais bon voilà, après il faut trouver des fois des moyens, mais je finis quand même par...*
- *Vous retardez l'échéance ?*
- *Parfois oui. Notamment avec les problèmes de surpoids. J'ai des adultes qui auraient fait... Enfin il y a des choses on sent, qu'il y a des surpoids qui sont installés depuis très longtemps, et je me dis « voilà, il y a le temps, il va falloir revenir dessus, mais sans bousculer, il faut prendre le temps, comprendre... » Et il n'y a pas que l'activité physique, il peut y avoir autre chose, donc je prends plus mon temps. Là où je ne prends pas trop mon temps, c'est notamment pour les jeunes, les enfants. Quand il y a manifestement un surpoids ou un surpoids qui s'installe, puisque nous on les voit quand même dans la continuité, là je ne prends pas trop mon temps, je me dis « il faut parler de l'activité physique rapide ».*
- *Et vous en parlez avec l'enfant, aux parents ?*
- *Avec l'enfant et avec les parents.*
- *Et là vous êtes plus incisive, vous êtes plus... Non ? Est-ce que quand vous êtes devant un enfant vous...*
- *Ah bah disons que là je suis extrêmement motivée, là c'est sûr. Alors incisive, je ne suis pas sûre que ce soit le terme, parce que je ne vais pas non plus braquer le gamin, je ne vais pas le mettre dans un état d'esprit « ah bah tiens, je suis gros », ou « je ne bouge pas », enfin, non, non, non, mais incisive je ne pense pas. Mais en tout cas je fais tout ce que je peux pour que lui se sente aussi concerné que les parents.*
- *Donc vous y êtes plus précoce...*
- *Ah oui, oui, oui ! Là c'est sûr que je ne me dis pas « voilà on a le temps et puis on va voir plus tard... » Dr Hélène.*

Il leur semble également plus facile de motiver des adultes jeunes, proches de la trentaine. Mais avoir des enfants à charge ne laisse pas beaucoup de temps aux patients pour pratiquer une activité physique et apparaît également comme un frein.

Quant aux personnes âgées, l'objectif est de les inciter à marcher, ou encore en deuxième intention, à pratiquer la gymnastique.

Les différences hommes - femmes

Les propos des médecins interrogés permettent difficilement de faire ressortir des différences selon le sexe de leurs patients en matière d'activité physique. Mais les femmes seraient plus sensibles aux conseils dans le domaine de l'hygiène alimentaire, et leur poids les préoccuperait plus, les hommes seraient eux plus sujets à accepter des conseils en matière d'exercice physique.

- « *Et au niveau des sexes, hommes / femmes ?*
- *Les abords sont pas les mêmes, les motivations sont pas toujours les mêmes non plus, heu...*
- *C'est-à-dire ?*
- *Bien la motivation esthétique chez la femme est beaucoup plus importante chez elle que chez l'homme, qui vient plus pour des raisons médicales. (...) Ce n'est pas toujours les mêmes motivations, voilà. Les hommes sont plus motivés pour faire de l'exercice physique, les femmes sont plus motivées pour faire un effort alimentaire, en général, c'est très sexiste et très rapide ça. C'est une formule à l'emporte-pièce, mon cher confrère. »
Dr Daniel.*

L'état de santé et les pathologies des patients

Très souvent, les médecins estiment que l'état de santé de leurs patients peut les freiner à pratiquer une activité physique. Certaines difficultés de santé les incitent souvent à ne pas en parler, ce sont :

- les handicaps
 - les douleurs surtout articulaires
 - les facteurs de risque cardio-vasculaire
 - le surpoids ou l'obésité
 - le diabète
 - l'insuffisance respiratoire
 - les troubles psychologiques
-
- « *D'accord. Et en fonction de... Est-ce qu'il y a des patients pour lesquels vous vous reprenez d'aborder le sujet ?*
 - *Oui. Oui, bien la personne qui fait 300 kg*
 - *Parce que vous vous dites « c'est évident il en fait pas » ou parce que... (Elle me coupe)*
 - *Bien c'est évident qu'il n'en fait pas, et c'est évident surtout qu'il va avoir beaucoup de difficultés. Je vais juste aborder la marche... Oui, c'est aussi de l'activité physique mais euh voilà ! De toute façon, la seule chose qu'il peut faire, c'est aller en piscine, mais il n'ira pas... Il fait un peu de marche... Enfin les douleurs au niveau des chevilles, des genoux, etc. Ouais faut déjà perdre un peu de poids.*
 - *Et est-ce que... (elle me coupe).*
 - *Ceux-là, après... La personne, quoi l'insuffisant respiratoire (rit), je ne vais pas lui demander si... Voilà. » Dr Claire.*

Ces pathologies ne sont-elles pas au contraire des indications à pratiquer une activité physique ? Il existe donc un paradoxe chez les généralistes, les pathologies pour lesquelles l'activité physique est indiquée et dans lesquelles elle pourrait avoir le plus de bénéfice sont également des maladies qui peuvent les freiner pour en parler. Ce constat est omniprésent dans le corpus et peut s'expliquer de deux façons.

D'une part, les médecins anticipent les réactions et les refus potentiels de ces patients qui utiliseraient leurs pathologies comme prétextes pour ne pas pratiquer une activité physique, nous en avons déjà parlé.

D'autre part, les médecins ont régulièrement fait part de leurs craintes d'accidents au cours des pratiques, ils craignent que cela ne se passe mal et ont probablement peur d'engager leur responsabilité judiciaire. Ils estiment ces patients avec des pathologies lourdes à plus haut risque d'accidents. La balance bénéfice – risque de l'activité physique chez ceux-ci peut alors leur sembler défavorable.

Les situations auxquelles doivent faire face les médecins sont donc très nombreuses. Pour conclure cette troisième partie, nous allons nous interroger sur leurs retours d'expériences : quel bilan font-ils de leurs prises en charge ?

3-5) Bilan des prises en charge

➤ Des réussites qui les marquent

Les médecins arrivent parfois à changer les comportements de leurs patients, ils reconnaissent que ces réussites sont plutôt marginales et ne concernent qu'une faible proportion d'entre eux, mais ces expériences-là sont sources de ressentis positifs : cela leur fait plaisir : ils expriment une certaine satisfaction lorsqu'ils aident le patient à changer son mode de vie en matière d'activité physique, ils citent des exemples précis de personnes dont ils ont changé le comportement, ils se souviennent de leurs succès, leurs souvenirs sont précis.

- *« Et dans la durée, vous en reparlez, il y a un suivi de l'activité sportive ?*
- *Oui, il y a des résultats assez étonnants ! Ils vont m'en parler parce qu'ils sont contents de parler de ce qu'ils font, le mec qui n'a jamais rien fait et deux ans après il va faire le marathon... C'est assez...*
- *Et lui, vous l'aviez motivé pour quoi ?*
- *Il avait pris du poids.*
- *Et c'est une expérience marquante ?*
- *Ouais, il part de rien c'est un jeune de 35 ans et je lui fais des certificats pour le semi-marathon, le marathon, en faisant en plus des résultats pas mal du tout !*
- *Et ça arrive souvent ?*
- *Ouais, c'est le même type de personne, 35 ans, cadre... Un homme qui se dit à un moment donné « Je vais faire quelque chose ! ». Mais voilà, c'est la volonté ! Partir de zéro et s'envoyer 42 kilomètres... Voilà, c'est un avocat qui a des gros horaires de travail, il faut une grosse volonté le midi pour aller faire son jogging ! » Dr Cyril.*

Dans ces situations de succès, les médecins ont des visions très individualistes.

➤ Des échecs confortant leur immobilisme

Les souvenirs de leurs échecs, à l'opposé, ne sont pas nominatifs, ils ne se rappellent pas de mauvaise expérience précise qu'ils pourraient avoir eue en incitant leurs patients à pratiquer. Ils signalent cependant des échecs qui concernent des groupes ou catégories de personnes, comme ceux qui sont atteints d'une pathologie, qui n'ont pas le temps, certains adolescents, ou encore certaines populations ethniques comme nous l'avons vu ci-dessus.

« On peut aussi facilement sentir si les gens ça ne les intéresse pas du tout, parce qu'il y a des gens, l'activité physique, ce n'est pas leur truc, quoi. On ne peut pas les forcer, on ne peut pas les titiller, on ne peut pas les torturer pour leur dire : « Si, si, il faut y aller ». C'est comme les enfants, il y a des jeunes qui ne font pas du tout de sport, j'en ai un certain nombre, je les incite, je leur dis : « Ce serait bien à tout point de vue ». « Ah non je veux pas » - dit sur un ton difficile à décrire, le ton d'un jeune ado un peu mou que ça n'intéresse pas du tout -. « Bon, bien, si tu ne veux pas, tu ne veux pas, hein ». Ça ne sert à rien de les inscrire dans un club pour qu'ils y aillent une fois, deux fois, puis que la troisième fois, ils trouvent toujours un prétexte pour ne pas y aller. » Dr Edouard.

Beaucoup de médecins ont choisi le thème de l'activité physique pour l'entretien spécifique en raison d'affinités pour le sujet, je dispose donc de peu d'entretiens spécifiques de médecins peu motivés par l'activité physique pour généraliser ces constatations.

Au total, ils oscillent entre espoirs, échecs et réussites.

« Je pense que de temps en temps on arrive à en faire changer un sur cinquante, enfin je n'ai jamais fait de statistique mais finalement le un sur cinquante je crois qu'il nous apporte beaucoup de satisfaction et du coup on oublie les quarante-neuf qui n'ont pas encore changé ou qui changeront l'année prochaine » Dr Laetitia.

PORTRAITS DE MEDECINS

Les médecins généralistes s'investissent donc plus ou moins selon leurs parcours personnels et professionnels. J'ai choisi de faire quatre portraits de médecins que je vais modéliser selon deux axes :

- Une modélisation selon la représentation de leur rôle en tant que professionnel.
J'ai sélectionné deux médecins, les Dr Armand et Armelle, en raison de leur vision opposée qu'ils ont du rôle du généraliste vis-à-vis de l'activité physique. Dr Armand se fait un devoir de parler d'activité physique avec ses patients et cela se ressent dès le début de l'entretien. Dr Georges est, au contraire, beaucoup moins convaincu.
- Une modélisation selon leur rapport personnel à l'activité physique.
J'ai choisi ici de faire les portraits des Dr Armelle et Laetitia. Dr Laetitia est très sportive et ne le cache pas. Dr Armelle, à l'opposé, est plus sédentaire. Elles ont une prise en charge de leurs patients très différentes.

Représentations de leur rôle en tant que professionnel

Dr Armand

Dr Armand est un généraliste de 53 ans installé en secteur 1 depuis 1981. Il exerce dans les Yvelines depuis deux ans. Il n'a pas d'orientation particulière, pourtant, dès qu'on lui demande ce qui l'intéresse le plus dans la prévention, il parle de l'activité physique. Il considère que les patients seront forcément intéressés, surtout ceux qui veulent perdre du poids, et que chacun doit avoir un minimum d'activité pour entretenir son capital santé.

Il différencie cependant les sports. Il en trouve certains dangereux tels que le vélo et l'équitation, d'autres lui paraissent inadaptés, comme la course à pied chez la femme de plus de 35 à 40 ans car elle abîmerait les seins, le plancher pelvien ou la peau, il craint également les pratiques excessives. Il choisit donc sans hésiter le sujet de l'activité physique comme thème spécifique. Il essaye d'en parler avec presque tous ses patients, le seul facteur limitant qu'il rapporte pouvant être le manque de temps en consultation. Quand il les questionne, il ne note pas l'information dans le dossier médical, mais il n'en éprouve pas le besoin, il est influencé par l'apparence physique des patients : « De toute façon, on le voit ». L'activité physique est très importante pour lui, c'est pour cette raison qu'il essaye d'en parler systématiquement. Les problèmes de poids ou les troubles dépressifs sont aussi pour lui des occasions d'en parler. Il aime beaucoup l'évoquer, c'est pour lui un moyen d'unir le mental au physique, il peut plaisanter avec elle, contrairement aux autres préventions.

Quand il conseille ses patients, il suggère un sport qui procure du bonheur, améliore la longévité et renforce physiquement, mais il en fait une devinette : il s’amuse à dire que ses patients ne l’ont pas trouvé, qu’il faut qu’ils cherchent. Il trouve cela très gratifiant et n’hésite pas à culpabiliser les patients qui ne pratiquent pas assez ou qui mangent de trop. Il tente d’avoir une approche spirituelle du concept de sport mais quand il n’est pas le médecin traitant, il n’approfondit pas le sujet et préfère renvoyer le patient à son praticien habituel.

Il incite tous ses patients âgés à faire de la marche puis de la gymnastique, il s’estime d’ailleurs très efficace avec eux. Il pense que la régularité de la pratique est ce qu’il y a de plus important, elle va de pair avec la motivation. Il propose systématiquement des épreuves d’effort à partir de 40 – 45 ans. Pour les convaincre de pratiquer, il insiste sur le bonheur que l’activité peut apporter et le renforcement physique obtenu. Il pense que le patient a toujours le temps d’avoir une activité physique, qu’il leur suffit de ne pas gaspiller de temps à d’autres loisirs qu’il juge inutiles, comme par exemple regarder la télévision. Il propose à ses patients de faire n’importe quel sport du moment que cela lui fait plaisir. A cette étape de l’entretien, il ne parle ni de mauvais ni de bon sport. Le seul obstacle qu’il ne surmonte pas pour convaincre ses patients est la souffrance physique de ceux-ci : une blessure, une douleur. Il ne fait cependant pas de consultation dédiée au sport. Son objectif est le bonheur avec la symbiose corps – esprit. La différence qu’il fait entre les hommes et les femmes sur le sujet est relatif au rôle au sein de la famille : une femme se donnerait plus d’obligations familiales et aurait moins de temps pour pratiquer, alors qu’un homme plus « égoïste » trouve le temps.

Enfin, il a un regard critique sur les messages sanitaires de prévention car il considère les infrastructures de type voies cyclables et gymnases inadaptés. Il est lui-même très sportif, ce qu’il estime être une nécessité pour pouvoir légitimement inciter ses patients à pratiquer.

Dr Georges

Dr Georges est un médecin de 39 ans installé dans l’Essonne depuis 2003, il est également maître de stage. Il compare les certificats médicaux à des papiers administratifs, ils lui permettent cependant de parler de prévention. Il ne se sent pas formé pour la rédaction de ces certificats, il a des difficultés à repérer les contre-indications aux sports, on ressent une certaine méfiance quand il en parle. Mis à part l’évocation de ceux-ci, il ne parle pas spontanément d’activité physique. C’est pour lui un thème difficile à aborder, il estime ne pas en avoir ni les supports ni les moyens. C’est un sujet pour lequel on ne peut pas faire revenir les patients en consultation. D’ailleurs, il ne parle pas vraiment de sport avec les patients mais il essaye surtout de les inciter à marcher. De plus, il n’est pas convaincu de l’utilité de l’activité physique, il préfère l’approche diététique. Il n’est pas sportif lui-même. Il ne note pas l’information dans le dossier médical, mais il connaît ses patients sportifs car il a une trace des certificats de non contre-indication rédigés dans ses dossiers. Il craint que ses patients ne fassent pas des sports adaptés. Il considère beaucoup de sports comme dangereux, c’est pour cela qu’il se limite à conseiller la marche. Il n’a pas les outils pour aider ses patients, il aimerait l’existence d’éducateur en santé et sport pour orienter ses patients. Le manque de temps est un obstacle en consultation, d’autant plus qu’il estime que ses patients ont de plus en plus de demandes

lorsqu'ils viennent en consultation, le temps disponible pour parler d'autre chose s'en trouve donc réduit. Il estime ne pas avoir les compétences pour en parler, que ce n'est pas son rôle, il n'est pas « éducateur sportif ». Il respecte le choix du patient qui ne peut pas pratiquer et n'aime pas insister. Il pense qu'il est difficile de nos jours de garder du temps dans son emploi du temps pour la pratique d'un sport, il dit à ses patients : « Faites ce que vous pouvez. ». Il n'a pas souvenir d'un patient qui se serait mis à avoir une activité physique, il n'a pas d'expérience positive dans le domaine. Il s'est lui-même acheté des rollers qu'il n'a pas encore utilisés.

On voit donc à travers ces deux portraits des opinions opposées quant au rôle qu'il se donne en tant que généraliste. Dr Armand en parle systématiquement, comme s'il s'agissait d'une des bases pour être en bonne santé, Dr Georges, au contraire, ne s'estime pas formé pour cela, il pense que ce n'est pas son métier.

Les généralistes et leur rapport personnel à l'activité physique

Dr Armelle

Dr Armelle est un médecin de 53 ans, elle est installée depuis 1994, en secteur 1. Elle exerce seule dans les Hauts-de-Seine. Elle est informatisée, utilise les services d'un secrétariat téléphonique et n'a pas d'orientation particulière. Parmi tous les thèmes de prévention, l'activité physique est celui dont elle parle le moins, et il est plus simple pour elle de ne pas la considérer comme une prévention, ce qui est probablement une façon de ne pas se culpabiliser.

Le thème de l'activité physique lui est imposé, et elle reconnaît qu'elle aurait préféré parler d'autre chose. Elle s'intéresse peu à cet aspect de la vie des patients, les occasions d'en parler étant la rédaction de certificats de non contre-indication à la pratique sportive. Elle incite également les personnes âgées ou en surpoids à faire de l'exercice. En présence de facteurs de risque cardio-vasculaires, elle se sent parfois obligée de les motiver à avoir une activité physique. Elle tente parfois d'aborder le sujet par des voies détournées, elle essaye de transmettre des messages sans affronter de face la question, « c'est des petites phrases ». Le fait qu'elle-même ne pratique pas d'activité physique la gêne pour en parler, elle considère qu'elle devrait adopter des modes de vie irréprochables en adéquation avec l'image parfaite que le patient a du médecin.

Elle craint d'être considérée comme un « objet » qui distribuerait des ordonnances, certificats ou courriers, elle a besoin d'être respectée en tant que médecin. Cependant l'image qu'elle exige d'elle-même, dans toute la perfection du modèle de vie qu'elle idéalise, laisse peu de place à des rapports plus naturels ou spontanés dans sa relation avec ses patients, elle éprouve des difficultés à assumer ses propres imperfections.

Son rapport personnel à l'activité physique influence donc sa pratique, elle ne justifie pas le fait qu'elle ne fasse pas de sport, c'est probablement un choix personnel, on sent que cela ne l'intéresse pas. Au cours de l'entretien, on a cependant parfois l'impression qu'elle en ressent une certaine culpabilité. Plus que le manque de conviction sur les bénéfices de l'activité physique, c'est sa sédentarité qui influence sa façon de faire en consultation.

Dr Laetitia

Dr Laetitia est un médecin de 52 ans, maître de stage, elle est installée en cabinet de groupe. Elle exerce depuis 1994, en secteur 1, à Paris. Elle reçoit ses patients sur rendez-vous et prend le temps nécessaire soit 20 à 25 minutes en moyenne avec chaque patient.

C'est elle qui spontanément aborde le thème de l'activité physique quand elle s'exprime à propos des modes de vie.

Très vite, elle se pose en modèle, elle estime que le médecin doit être exemplaire : pas la peine de demander au patient de faire du sport s'il n'en fait pas lui-même. D'ailleurs, elle a dans son bureau une affiche d'elle en train de faire une compétition. Quand un patient lui explique qu'il n'a pas le temps, elle lui répond qu'elle-même a bien le temps, faisant tomber leur argumentation, si elle le peut, le patient doit également le pouvoir. Elle apprécie de partager ses expériences sportives avec ses patients. Elle pratique la course à pied et participe à des marathons, elle n'hésite pas à montrer ses récompenses, elle s'entraîne également en salle de sport et se considère donc plus sportive que la moyenne. Elle en ressent une fierté non dissimulée. Elle n'hésite pas à s'investir pour faire des démonstrations à ses patients, que ce soit au sol ou sur la table d'examen, elle explique des exercices à faire.

Elle émet cependant des réserves quant il s'agit de parler de prévention. Elle craint d'être intrusive et n'aime pas approfondir les sujets susceptibles de fâcher son patient dès la première consultation, elle cite, par exemple, le problème du surpoids où elle aborde de façon détournée le sujet en disant qu'elle n'en reparlera pas, prétextant qu'il en a déjà probablement trop entendu parler. Elle préfère s'intéresser au patient au fur et à mesure qu'elle le connaît, il ne s'agirait pas de passer pour une « casse-pieds ».

Les occasions d'aborder l'activité physique sont multiples : elles sont toutes bonnes. Elle cite les facteurs de risque cardio-vasculaire : diabète, hypertension artérielle, pathologies liées au tabac. Elle est convaincue de l'efficacité de l'activité physique pour les pathologies psychiatriques telle que la dépression.

Elle parle plusieurs fois des personnes âgées, elle les incite à sortir de chez elles.

Le certificat de sport est pour elle comme pour beaucoup de médecins l'occasion de parler des modes de vie à changer.

D'autre part, si elle n'est pas le médecin traitant, elle préfère se retenir pour ne pas faire de tort à son collègue.

Elle n'a pas le temps de lire les recommandations, elle les parcourt en diagonale et ne pense pas en apprendre grand-chose. Les campagnes et affiches du plan national nutrition santé sont en évidence dans son bureau. Sa principale source d'informations en matière d'activité physique consiste surtout en sa propre expérience, comme pour beaucoup de médecins interrogés.

Une fois le sujet abordé, elle évalue la fréquence, la durée, le type de sport pratiqué, elle s'intéresse également aux étages qu'ils ont à monter ou descendre au cours de la journée. Elle note parfois ces informations dans le dossier quand elle les juge suffisamment marquantes et pertinentes.

Ses objectifs pour le patient sont la prévention cardio-vasculaire, la conservation d'un bon état de santé, et pourquoi pas l'utilisation de l'activité physique comme une alternative aux médicaments (pour les médicaments à visée cardio-vasculaires ou encore psychiatriques). Elle peut s'appuyer sur l'argument de l'aspect esthétique, mais pas sur celui du poids, elle n'estime pas que l'on puisse en perdre avec une activité physique, on modifie surtout sa morphologie. Elle pense qu'il n'existe pas de réel obstacle à la pratique d'activités physiques, ce sont surtout des freins, « ceux qu'on veut bien se mettre », que le patient ne souhaite pas surmonter : le manque de temps, la fatigue, le fait de devoir s'occuper des enfants. Elle sous-entend de cette manière que tout le monde peut faire du sport. Comme tous les médecins interrogés, elle oriente ses patients à partir de la cinquantaine d'années vers le cardiologue pour une épreuve d'effort si elle estime leur effort trop violent.

Au total, c'est un sujet qu'elle « adore », elle est bien consciente de ne pouvoir convaincre qu'une fraction de ses patients, mais les quelques réussites obtenues lui procurent une certaine satisfaction.

On voit donc à travers ces exemples qu'on peut retrouver deux types de médecins selon leur pratique personnelle. Dr Laetitia se pose en exemple, si elle peut faire du sport, alors tout le monde le peut, d'autres médecins sont dans ce cas. Au contraire, Dr Armelle n'y arrive pas ou n'en a pas envie. On retrouve d'autres médecins comme elle dans les entretiens, mais ils sont moins nombreux. Le thème a souvent été choisi par les médecins, il a été plus rarement imposé, ce qui crée un biais de choix du sujet spécifique par ceux qui le préfèrent et pratiquent donc probablement plus eux-mêmes.

Enfin, il est remarquable dans tous ces exemples que les praticiens interrogés ne citent pas vraiment la littérature scientifique sur le sujet, leur façon de faire relève plutôt de la conversation de café.

CONCLUSION

Nous avons donc vu que, bien qu'elle constitue un enjeu majeur de santé publique, l'activité physique n'a été prise en compte que récemment dans les campagnes de santé publique. D'autre part, elle n'est toujours pas traitée avec la même rigueur que les autres préventions, et ce, malgré la multiplication des actions récentes. De plus, les médecins généralistes sont mal formés et les autres professionnels de type éducateurs médico-sportifs ont des rôles encore mal définis. Il semble que la population française soit insuffisamment active mais les résultats des études diffèrent et ne sont pas comparables en raison des variations méthodologiques et des controverses sur la définition du sport. Les travaux convergent cependant sur certains déterminants de la pratique sportive (âge, sexe, niveau d'éducation et de revenu, facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux).

Les médecins généralistes sont des interlocuteurs de première ligne, ils sont supposés détenir les informations permettant une qualité optimale de conseil en activité physique. Pourtant, les études internationales retrouvent qu'ils ne l'abordent pas systématiquement, ils ciblent les patients avec qui ils abordent le sujet ; leurs évaluations sont souvent superficielles. Les freins identifiés sont le manque de temps et de formation, ils anticipent le refus du patient, les risques liés au sport, que nous avons rappelés, ne sont pas cités dans ces études. Les conseils demeurent peu approfondis et rarement écrits, c'est surtout la marche qui est plébiscitée. Les études sont controversées sur l'efficacité de ces conseils, le peu d'effet attendu pourrait pourtant avoir un intérêt en termes de santé publique. En France, les études sont insuffisantes, il existe cependant des contradictions. Dans certaines enquêtes, les médecins généralistes estiment que c'est à eux d'en parler et que le sujet est facile à aborder, de plus, ils ont un sentiment d'efficacité. Pourtant, des travaux et des thèses montrent qu'ils repèrent mal les patients insuffisamment actifs, de plus, les interventions ne permettent pas d'obtenir des résultats significatifs quant à leur efficacité. Tout comme dans les études internationales, ils anticipent les refus de leurs patients. Notre travail avait donc pour objectif de mieux comprendre les pratiques des praticiens pour pouvoir les comparer avec les données parfois contradictoires dont nous disposons et que je viens de rappeler.

Il a permis de comprendre l'importance de l'influence des parcours professionnels et personnels des généralistes sur leurs convictions et, par extension, sur leurs conseils en matière d'activité physique. Comme dans les études internationales que j'ai citées précédemment, mon travail retrouve une carence dans la formation initiale ou même continue des médecins, ce qui peut freiner les praticiens. De plus, les recommandations dans ce domaine sont insuffisantes. L'influence personnelle de la pratique des médecins interrogés semble beaucoup plus marquée dans mon travail que dans les études que j'ai citées, et qui l'ont à peine évoquée. Elle est même souvent source de connaissances spécifiques qu'ils transmettent à leurs patients. Les médecins se soucient de leurs images, ils essaient de ne pas avoir des comportements en contradiction avec leurs conseils, et lorsqu'ils sont sédentaires, ils préfèrent ne pas en parler. La crainte d'accidents associés à la pratique sportive, qui revient régulièrement dans ma thèse, n'apparaît pas dans les études internationales, il s'agit d'un obstacle pour les médecins interrogés. L'activité physique est d'ailleurs la seule prévention au cours de laquelle les généralistes ont des craintes pour sa mise en œuvre, faisant de cette façon intervenir un rapport bénéfice risque,

qui n'existe pas pour le sevrage tabagique, alcoolique ou les conseils diététiques. Les médecins évoquent surtout les accidents dont ils ont eux-mêmes été victimes, ils rapportent également des craintes lors de la rédaction de certificats de non contre-indications aux pratiques sportives. Cet aspect contraste avec l'absence de mauvaise expérience rapportée concernant leurs patients. C'est d'ailleurs en partie pour se rassurer que les médecins adressent régulièrement leurs patients aux cardiologues pour un bilan dans le cadre de la pratique d'un sport. Ces résultats témoignent pleinement de l'influence de leurs parcours sur leurs convictions.

Mon travail a également permis de préciser quelle place l'activité physique occupe dans la consultation de médecine générale. Si on laisse de côté les aspects communs aux autres préventions, tels que le problème de la rémunération, du manque de temps en consultation, ou encore la crainte d'être intrusif, l'activité physique s'en distingue sur d'autres aspects. Son abord est moins systématique et plus aléatoire, elle est même parfois considérée comme secondaire, elle est rarement abordée en prévention primaire. En cas de difficulté pour conseiller un patient, ils n'ont pas de relais spécialisé pour prendre en charge les personnes sédentaires, ils ne semblent pas avoir connaissance, ni de l'existence ni du rôle, des éducateurs médico-sportifs. Le thème de l'activité physique ne semble pas exister seul, en tant qu'objet principal de la consultation, même lorsqu'il s'agit de rédiger un certificat de non contre-indication au sport, car le médecin va alors en profiter pour aborder d'autres préventions. Les généralistes sont également démunis d'outils ou de moyens d'évaluation standardisés. Enfin, l'environnement médiatique, avec les campagnes, les affiches, est perçu de façon variable, il leur semble qu'il s'agit visiblement d'un début et que des améliorations seraient bienvenues. Les messages sanitaires accompagnant les publicités sont par contre vivement critiqués en raison de leur ambivalence.

Enfin, en pratique, une fois que le sujet a été abordé et que le médecin tente une évaluation de l'activité physique de son patient, le questionnement est souvent subjectif et limité. De plus, les médecins le notent que rarement dans les dossiers médicaux.

La variabilité des patients, différences d'âge, de sexe, de niveau socioculturel ou d'éducation, ou d'histoire médicale est rapportée par les médecins qui disent les prendre en considération dans leurs prises en charge. Cependant, les conseils donnés sont souvent les mêmes et restent vagues et imprécis comme les études étrangères l'ont évoqué, ils se limitent à quelques activités et c'est surtout la marche qui est conseillée. C'est alors souvent leur bon sens qui prend le relais. Ils n'ont pas de lien avec des associations, ils n'ont pas d'outil pratique, mais peu s'en plaignent, ils sont peu conscients de leurs limites. De plus, l'efficacité de ce type de conseil, très simple, n'est pas démontrée significativement à ce jour. Enfin, une part non négligeable des médecins anticipent la réaction de refus de leurs patients, qu'ils ne pensent pas intéressés, c'est alors un prétexte pour ne pas aborder le sujet.

Au terme du travail que j'ai effectué, il est possible de réfléchir à des pistes d'amélioration de deux ordres : améliorer et développer les aspects théoriques, et aider à la prise en charge en pratique sur le terrain.

D'une part, amélioration des connaissances et outils théoriques :

- Améliorer la formation des généralistes et proposer des outils :
La formation est actuellement orientée vers la prise en charge des patients sportifs, elle évoque peu les façons d'aider les personnes sédentaires. Il faudrait également proposer des outils concrets aux médecins et faire connaître les éducateurs médico-sportifs même s'ils sont encore peu nombreux.

- Sensibiliser les médecins et le public :
Tous les généralistes ne considèrent pas l'activité physique comme une prévention à part entière. D'autre part, le public pourrait être davantage informé de l'aide et des conseils que le généraliste pourrait lui apporter. Dans ce même objectif, il faudrait poursuivre et améliorer les campagnes de santé publique, mais également celles destinées aux praticiens.

D'autre part, proposer des pistes pratiques :

- Faire connaître l'offre locale d'activité physique :
Il faudrait pour cela proposer des mises en relations entre associations sportives et médecins pour que ceux-ci proposent des activités ou sports plus variés. On pourrait même imaginer, de manière plus utopique, un retour sur les difficultés rencontrées par les patients de la part des associations, en partenariat avec les praticiens. Il s'agirait que les médecins connaissent mieux l'offre locale sportive afin d'orienter concrètement les patients. De la même façon, il faudrait encourager les réseaux qui organisent des actions et les faire connaître des médecins.
- Faire pratiquer des activités physiques aux médecins :
Leurs propres activités physiques les sensibilisent et les influencent. L'organisation croissante de la pratique des généralistes et la constitution en cabinet de groupe pourra leur permettre de se libérer plus de temps. De plus, ils connaissent mal certains sports. Pourquoi ne pas leur proposer de découvrir voire de tester les offres locales d'activités ?

BIBLIOGRAPHIE

- S. ABRAMSON, J. STEIN, M. SCHAUFELLE, E. FRATES, S. ROGAN, Personal exercise habits and counseling practices of primary care physicians : a national survey, *Clin J Sport Med* 2000 ; 10(1) : 40-8
- M. AUGUSTINI, P. DURET, P. IRLINGER, C. LOUVEAU, Pratiques sportives des enfants et rôle socialisateur du sport, *Enfance*, tome 47, n°2-3, p. 171-185, 1994
- Albert BANDURA, Social cognitive theory : an agentic perspective, *Annu. Rev. Psychol.* 2001.52:1-26
- Noël C BARENGO, Gang HU, Timo A LAKKA, Heikki PEKKARINEN, Aulikki PEKKARINEN, Aulikki NISSINEN, Jaakko TUPMILEHTO, Low physical activity as a predictor for total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men and women in Finland, *European Heart Journal*, 2004, 25, 2204-2211
- Jacques BAZEX, Pierre PENE, Daniel RIVIERE, Michel SALVADOR, « Les activités physiques et sportives, la santé, la société », information adoptée le 18 octobre 2012 par l'Académie nationale de médecine
- Luc BERLIVET, « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention », Didier Fassin et Dominique Memmi, *Le Gouvernement des corps*, Paris, Editions de l'EHESS, 2004, p35-75
- Jean BERTSCH, La formation des cadres médico-sportifs, activités physiques ou sportives et santé, dossier coordonné par Jean-François Toussaint, *adsp* n°67, p.40-42, juin 2009
- David BILHAUT, « Le sport gratuit sur ordonnance médicale en expérimentation à Strasbourg », *Le quotidien du médecin*, 06 novembre 2012
- G BLOY & L RIGAL, « Pratiques préventives en médecine générale : Une analyse qualitative par entretiens », Rapport du Groupe d'Etude Qualitative sur la Prévention en Médecine Générale pour l'URPS médecins libéraux d'Île de France, novembre 2011
- G. BORGES DA SILVA, La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication, *Revue Médicale de l'Assurance maladie* volume 32 n°2, avril-juin 2001
- Françoise BOUCHAYER, « Les logiques sociales des actions en éducation pour la santé », *Sciences sociales et santé*, n°3-4, oct. 1984, p77-103
- Normand G. BOULE, Elizabeth HADDAD, Glen P. KENNY, George A. WELLS, Ronald J. SIGAL, Effects of Exercise on Glycemic Control and Body Mass in Type 2 Diabetes Melitus, a meta-analysis of Controlled Clinical Trials, *JAMA* 2001 ; 286(10) : 1218-1227

- F.C. BULL, E.C. SCHIPPER, K. JAMROZIK, B.A. BLANKSBY, Beliefs and behaviour of general practitioners regarding promotion of physical activity, *Aust J Public Health* 1995 ; 19(3) : 300-304
- Fiona C.L. BULL, Elise C.C. SCHIPPER, Konrad JAMROZIK, Brian A. BLANKSBY, How can and do Australians doctors promote physical activity ? *Preventive Medicine* 1997 ; 26 : 866-873
- P. BUTTET, C. FOURNIER, Baromètre santé médecins / pharmaciens 2003, Prévention et éducation pour la santé. Quels rôles pour les médecins et les pharmaciens ? Paris : Arnaud Gautier ; 2005
- Jennifer K. CARROLL, Elizabeth ANTOGNOLI, Susan A. FLOCKE, Evaluation of physical activity counseling in Primary Care using direct observation of the 5As, *Ann Fam Med*. Septembre 2011 ; 9(5) : 416-422
- K. CASTETBON, L. LAFAY, J.L. VOLATIER, H. ESCALON, C. DELAMAIRE, M. CHAULIAC, B. LEDESERT, S. HERCBERG, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) : bilan des études et résultats observés, *Cahiers de nutrition et diététique* n°46, 2011
- CFES, Baromètre Santé 2000, résultats, volume 2, sous la direction de Philippe Guilbert, François Baudier, et Arnaud Gautier, éditions CFES
- CFES, Baromètre santé jeunes 97/98, sous la direction de J. Arènes, M.P. JANVRIN, F. BAUDIER, 1998
- Patrick CHANTELAT & Claire PERRIN, « Les éducateurs médico-sportifs : une activité émergente inscrite dans le monde médical », D. Demazières et C. Gadea, *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, 2009, La Découverte, coll. Recherches, p. 252-262
- Conseil de l'Europe, recommandation n° R (92) 13 du comité des ministres aux états membres sur la Charte Européenne du sport révisée (adoptée par le Comité des Ministres le 24 septembre 1992 lors de la 480^{ème} réunion des Délégués des Ministres et révisée lors de la 752^{ème} réunion le 16 mai 2001)
- Geneviève CRESSON, *Le travail domestique de santé*, Paris : L'Harmattan, 1995
- DARROW CJ, COLLINS CL, YARD EE, COMSTOCK RD, Epidemiology of severe injuries among United-States high school athletes : 2005-2007, *Am J Sports Med*, 2009, 37 : 1798-1805
- MHM DE MOOR, AL BEEM, JH STUBBE, DI BOOMSMA, EJC DE GEUS, Regular exercise, anxiety, depression and personality : a population-based study, *Preventive Medicine* 42 (2006) 273-279

- Elizabeth EAKIN, Wendy BROWN, Grant SCHOFIELD, Kerry MUMMERY, Marina REEVES, General Practitioner Advice on physical activity – who gets it ? *American Journal of Health Promotion* 2007 ; 21(4) : 225-228
- Karen B. EDEN, Tracy ORLEANS, Cynthia MULROW, Nola J. PENDER, Steven M. TEUTSCH, Does counseling by clinicians improve physical activity ? A Summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force, *Ann Intern Med.* 2002 ; 137 : 208-2215
- Peggy EDWARDS & Agis TSOUROS, Promouvoir l'activité physique et la vie active en ville, le rôle des autorités locales, OMS, édition française publiée par le Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports en 2009
- Sondès ELFEKI MHIRI & Brice LEFEVRE, Les accidents liés à la pratique des activités physiques et sportives en 2010, *Stat-Info* n°12-05, décembre 2012
- C. Raina ELLEY, N. KERSE, B. ARROLL, E. ROBINSON, Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice : cluster randomized controlled trial, *BMJ* 2003 ; 326 : 793-8
- EUROBAROMETRE spécial 334, Sport et activités physiques, étude réalisée par TNS Opinion & social, mars 2010
- Robert H. FAGARD, Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training, *Medicine & Science in sports & Exercise*, American College of Sports Medicine, 2001
- Aurélie FAURE, Prescription de l'activité physique chez les adultes en surpoids : analyse des freins en médecine générale, thèse soutenue le 29 septembre 2011 à Paris
- Valérie FOURNEYRON, discours du 14 décembre 2012, « Priorité sport-santé », <http://presse.jeunesse-sports.gouv.fr>
- Kenneth R. FOX, The influence of physical activity on mental well-being, *Public Health Nutrition* : 2(3a), 411-418, 1999
- Louis FRANCO, « Tabagisme : quel rôle pour le médecin généraliste ? », expertise collective de l'INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale : Tabagisme. Prise en charge chez les étudiants, p.157-162, 2003
- Pierre GALLOIS, Jean-Pierre VALLEE, Yves LE NOC, L'activité physique : pourquoi ? pour qui ? comment la prescrire ? *Médecine* janvier 2006 : p.20-24
- GARCIA-AYMERICH J, LANGE P, BENET M, SCHNORH P, ANTO JM, Regular physical activity modifies smoking-related lung function decline and reduces risk of chronic obstructive pulmonary disease. A population-based cohort study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2007 Mar 1 ;175(5) :458-63
- Arnaud GAUTIER, Cécile FOURNIER, François BECK, « Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention », *adsp*, n°77, décembre 2011

- Charles GODIN, « L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs », *Sciences sociales et santé*, n°1, mars 1991, p. 67-94
- Pr Marcel GOLDBERG, Rapport d'expertise sur l'activité et les orientations des centres d'examen de santé, 13 novembre 2000
- Philippe GUILBERT, Marie CHOQUET, L'activité physique des jeunes de 12 à 25 ans, *La Santé de l'homme* n° 354, juillet-août 2001
- François GUILLEMETTE & Marta ANADON, 2006, La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive, *Recherches qualitatives – Hors série*, numéro 5, p ; 26 – 37
- Benjamin GUINHOUYA et al., Niveau d'activité physique objectivement mesuré chez des enfants du Nord de la France, *BEH*, 27-28 juillet 2010, p.296-300
- M HARRIS, J BENNETT, C DEL MAR, M FASHER, L FOREMAN, J FURLER, C JOHNSON, B JOYNER, J LITT, D MAZZA, J SMITH, R TOMLINS, L BAILEY, J LONDON, T SNOWDON, The Royal Australian College of General Practitioners, Guidelines for preventive activities in general practice, 7^{ème} édition, 2009
- HAS, Guide parcours de soins bronchopneumopathie chronique obstructive, février 2012
- HAS, « Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent », actualisation des recommandations 2003, service des bonnes pratiques professionnelles, septembre 2011
- Heather A. HAUSENBLAS, Elizabeth A. FALLON, Exercise and body image : a meta-analysis, *Psychology & Health*, vol 21, Issue 1, 2006, p33-47
- Heather A. HAUSENBLAS, Britton W BREWER, Judy L VAN RAALTE, Self-presentation and exercise, *Journal of Applied Sport Psychology*, vol 16, Issue 1, 2004, p. 3-18
- Pia-Caroline HENAFF-PINEAU, « Genre et parcours sportifs des seniors : du semblable au dissemblable », *SociologieS*, Dossiers, genre et vieillissement, éditeur : AISLF (Association Internationale des Sociologues de Langue Française), <http://sociologies.revues.org/4135>, mis en ligne le 15 novembre 2012
- HIPPOCRATE (460 av. J.-C. – 356 av. J.-C.), *Du Régime*, Livre Deuxième
- Patricia HUDELSON, la recherche qualitative en médecine de premier recours, *Revue Médicale Suisse*, n° 503 publiée le 22/09/2004
- La prévention sanitaire par une bonne hygiène, rapport de l'IGAS, A. AMSON, F. BASTHERON, mars 2003
- INPES, Baromètre nutrition santé 2008, sous la direction d'Hélène Escalon, Claire Bossard, et François Beck

- INPES, Baromètre santé 2005, sous la direction de François Beck, Philippe Guilbert, Arnaud Gautier, éditions INPES, 2007
- INPES, La santé vient en bougeant, Le guide nutrition pour tous, document élaboré dans le cadre du PNNS, 2004
- INSEP 1985, Les pratiques sportives des Français, 1987
- INSERM, Activité physique, contextes et effets sur la santé, expertise collective de l'INSERM, 2008
- INSERM, chapitre 13 « Place du médecin généraliste dans la prévention », expertise collective « Alcool : dommages sociaux, abus et dépendances », 2003
- INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (InVS), Etude nationale nutrition santé ENNS 2006, situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme National Nutrition Santé (PNNS), décembre 2007
- D. JOURDAIN MENNINGER, G. LECOQ, J. GUEDJ, P. BOUTET, J.B. DANIEL, G. MATHIEU, Evaluation du Programme National Nutrition Santé, PNNS 2 2006-2010, rapport de l'inspection générale des affaires sociales et du conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, avril 2010
- Jean-Claude KAUFMANN, L'entretien compréhensif, collection 128, n°137, 1996
- Maureen F. KENNEDY & W.H. MEEUWISSE, Exercise counselling by family physicians in Canada, *Preventive Medicine* 2003 ; 37 : 226-232
- Dr KENNETH R FOX, The influence of physical activity on mental well-being, *Public Health Nutrition* : 2(3a), 411-418, 1999
- David E. LAAKSONEN, Jaana LINDSTRÖM, Timo A. LAKKA, Johan G. ERIKSSON, Leo NISKANEN and coll., Physical activity in the prevention of type 2 diabetes, The Finnish Diabetes Prevention Study, *Diabetes* 2005, 54 : 158-165
- Petra H. LAHMANN, Christine FRIEDENREICH and coll., Physical Activity and Breast Cancer Risk : The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition, *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 2007
- Julien LAROPPE, Promotion de l'activité physique chez le sujet obèse, évaluation de la demande et des pratiques professionnelles en médecine générale, thèse soutenue le 8 octobre 2010, Nancy
- Deborah A. LAWLOR, Steven KEEN, Richard D. NEAL, Increasing population levels of physical activity through primary care : GPs' knowledge, attitudes and self-reported practice, *Family Practice* 1999 ; 16(3) : 250-254
- Yves LECARPENTIER, Jean-Louis HEBERT, Mort subite et exercice physique, *ADSP* n°67, dossier coordonné par Jean-François Toussaint, juin 2009

- Christine LE SCANFF, « Comment engager une personne durablement dans la pratique d'une activité ? » *La santé de l'homme*, n°387, janvier-février 2007
- Luc MACHARD, Sport, adolescence et famille, constat, novembre 2003, rapport de propositions remis au Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Ministère des Sports
- A.L. MARSHALL, B.J. SMITH, A.E. BAUMAN, S. KAUR, Reliability and validity of a brief physical activity assessment for use by family doctors, *Br J Sports Med* 2005; 39 : 294-29
- Hélène MATHIEU, Comment les médecins généralistes connaissent-ils les facteurs de risque comportementaux de leurs patients ? Exemples du tabac, de l'alcool, de l'activité physique et du poids », thèse soutenue à Lyon en 2010
- MEOS/INSEP 2010, Les pratiques physiques et sportives en France, publications de Lefèvre et Thiery dans *Stat-info* n° 11-02 en 2010 et n° 10-01 en 2011
- Patrick MIGNON, « Sport, risque et santé », *Revue Sport et Citoyenneté* n°2, mars 2008
- Mathias MILLET et Olivier THIN, « le temps des familles populaires à l'épreuve de la précarité », *Lien social et politiques*, n°54, 2005, p. 153-162
- Bulletin Officiel n°23 du 7 juin 2007 du Ministère de l'Education Nationale
- Bulletin Officiel n°20 du 16 mai 2013 du Ministère de l'Education Nationale
- Ministère de la Santé de Nouvelle Zélande, Green Prescriptions, site internet consulté le 3 septembre 2013, <http://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/physical-activity/green-prescriptions>, mai 2011
- MJS/ INSEP 2000, Les pratiques sportives en France, *Stat-info* n°01-01 de mars 2001
- MJS/INSEP 2000, Le sport et les femmes, *Stat-info* n°01-03 d'octobre 2001
- MJS 2001, Le sport chez les jeunes de 12 à 17 ans, *Stat-info* n°02-04, octobre 2002
- Lara MULLER, Age, diplôme, niveau de vie : principaux facteurs sociodémographiques de la pratique sportive et des activités choisies, *Stat-info* n°05-05 de novembre 2005
- Lara MULLER, La pratique sportive en France, reflet du milieu social, INSEE, *La Société française : données sociales*, 2006, p. 657-663
- Lara MULLER, La pratique sportive des jeunes dépend avant tout de leur milieu socioculturel, INSEE première, n°932, novembre 2003
- National Institutes of Health (NIH), Physical activity and cardiovascular health, Consensus Statement 1995. www.consensus.nih.gov

- Panorama de la santé en France 2004, OMS, 2006
- Pr J.M. OPPERT, Pr C. SIMON, Pr D. RIVIERE, Pr C.Y. GUEZENNEC, « Activité physique et santé, arguments scientifiques, pistes pratiques », Ministère de la Santé et des Solidarités, Société Française de Nutrition, coll. « Les synthèses du PNNS », octobre 2005
- ORROW G., KINMONTH A.L., SANDERSON S., SUTTON S., « Effectiveness of physical activity promotion based in primary care : systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials », *BMJ*, 2012, 26 ; 344
- Pierre PARLEBAS, Comment combiner favorablement santé, sport et activité physique, *La Santé de l'Homme*, n°387, janvier-février 2007
- Eugène PAZ, La santé de l'esprit du corps par la gymnastique, étude sur les exercices du corps depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, leurs progrès, leurs effets merveilleux, leurs diverses applications et leur combinaison avec l'hydrothérapie, 1865
- Pierre PÈNE et Yvan TOUITOU, Sport et santé, Rapport adopté le 17 février 2009, *Bulletin Académie Nationale de Médecine*, Tome 193, n°2, 2009, p.415-430
- Claire PERRIN, « Activités physiques et éducation pour la santé : un pont à consolider ! », *La santé de l'homme*, n°364, mars - avril 2003, p.16-18
- Claire PERRIN, Stéphane CHAMPELY, Pascal CHANTELAT, Brigitte SANDRIN BERTHON, Etienne MOLLET, Nicolas TABARD, Muriel TSCHUDNOWSKY, « Activité physique adaptée et éducation du patient dans les Réseaux Diabète français », *Santé publique*, 2008, volume 20, n°3, p.213-223
- Céline PETITGENET, Recommandations d'une activité physique régulière en médecine générale : évaluation d'une action sur la mesure de l'activité physique par questionnaire, thèse soutenue le 4 juin 2012 à Nancy
- Robert J. PETRELLA, Chastity N. LATTANZIO, Tom J. OVEREND, Physical activity counseling and prescription among Canadian Primary Care Physicians, *Arch Intern Med.* 2007 ; 167(16) : 1774-1781
- Robert J. PETRELLA, Chastity N. LATTANZIO, Does counseling help patients get active ? Systematic review of the literature, *Canadian Family Physician* 2002 ; 48 : 72-8
- PNNS 2011-2015, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (www.sante.gouv.fr), 2011
- PNNS (Programme National Nutrition Santé), 2005

- RENGOT Marielle, LACOSTE Olivier, Sport et santé : bilan de la problématique. Données disponibles et propositions, rapport réalisé pour les services du Conseil régional Nord – Pas-de-Calais, Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2001
- Layla RICROCH, Benoît ROUMIER, « Depuis 11 ans, moins de tâches ménagères, plus d'internet », *Insee Première*, n°1377, novembre 2011
- L RIGAL & H FALCOFF, « Mobiliser les médecins traitants franciliens pour réduire les inégalités de prévention et de dépistage », Rapport de recherche du DMG Paris-Descartes pour le GRSP d'Île de France, juin 2010
- Pierre-Antoine RIQUIER, Une intervention brève par le médecin généraliste permet-elle une augmentation de l'activité physique des patients ? Thèse soutenue le 12 avril 2012, Rouen
- G. SAMITZ, M. EGGER, M. ZWAHLEN, Domains of physical activity and all-cause mortality : systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies, *International Journal of Epidemiology*, 2011, volume 40, issue 5, p.1382-1400
- Aline SARRADON-ECK, « Prévoir la maladie cardiovasculaire. Le discours médical et le discours profane » Ilario Rossi (dir.), Chapitre d'ouvrage, Prévoir et prédire la maladie. De la divination au pronostic, Aux lieux d'être, 2007 : p. 153-175
- Richard SAWATZSKY, Teresa LIU-AMBROSE, William C. MILLER, Carlo A MARRA, Physical activity as a mediator of the impact of chronic conditions on quality of life in older adults, *Health and Quality of Life Outcomes*, 2007, 5 :68
- Olivier SCHWARTZ, « Le Monde privé des ouvriers, hommes et femmes du nord », extraits, PUF 1990, p 475-485
- Eric J. SHIROMA, I-Min LEE, Physical Activity and Cardiovascular Health Lessons Learned From Epidemiological Studies Across Age, Gender, and Race/Ethnicity, *Circulation*, 2010; 122: 743-752
- C. SIMON, B. SCHWEITZER, C. PLATAT, E. TRIBY, En Alsace, les collégiens vivement incités à s'activer, *La Santé de l'homme*, n°387, p. 37-39, janvier-février 2007
- Scott E. SHERMAN & Warren Y. HERSHMAN, Exercise counselling : How do general Internists do ? *J Gen Intern Med* 1993 ; 8 : 243-248
- SLATTERY ML, POTTER JD, Physical activity and colon cancer : confounding or interaction ? *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 2002, 34 :913-9
- Ben J. SMITH, Alison L. MARSHALL, Nancy HUANG, Screening for physical activity in Family Practice, evaluation of two brief assessment tools, *American Journal of Preventive Medicine* 2005 ; 29(4) : 256-264
- SUNDQUIST K, QVIST J, JOHANSSON SE, SUNDQUIST J, The long-term effect of physical activity on incidence of coronary heart disease : a 12-year follow-up study, *Prev Med* 2005, 41 : 219-225

- Bertrand THELOT, Jean-Pierre DARLOT, Marc NECTOUX, Hubert ISNARD
Epidémiologie des accidents de sport et de loisirs chez les enfants et les adolescents, *La Santé de l'homme* n° 354, juillet-août 2001
- Bertrand THELOT, Annabel RIGOU, Cécile RICARD, Les accidents liés à la pratique sportive, activités physiques ou sportives et santé, *ADSP* n°67, dossier coordonné par Jean-François Toussaint, juin 2009
- Paul D. THOMPSON, David BUCHNER and coll., Exercise and Physical Activity in the Prevention and Treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease, AHA Scientific Statement, *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 2003 ; 23:e42-e49
- Laurence TONDEUR, François BAUDIER, « Le développement de l'éducation pour la santé en France : aperçu historique », *Actualité et dossier en santé publique* n°16, septembre 1996
- Jean-François TOUSSAINT, Retrouver sa liberté de mouvement, Plan National de Prévention par l'Activité Physique ou Sportive, Rapport Préparatoire de la Commission Prévention, Sport et Santé, 2008
- U.S. Department of Health and Human Services. *Physical Activity and Health : A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA : U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996
- Michael H. USSHER, Adrian H. TAYLOR, Robert WEST, Andy McEWEN, Does exercise aid smoking cessation ? A systematic review, *Addiction* volume 95, issue 2, p.199-208, 2000
- André VACHERON, « la prévention des maladies cardiovasculaires, un enjeu majeur de santé publique », Académie des Sciences Morales et Politiques, séance du lundi 22 janvier 2007
- Judith M.E. WALSH, Daniel M. SWANGARD, Thomas DAVIS, Stephen J. McPHEE, Exercise counseling by Primary Care Physicians in the Era of Managed Care, *American Journal of Preventive Medicine* 1999 ; 16(4) : 307-313
- Patrick Peretti WATEL : Les comportements à risque, problèmes politiques et sociaux n°919, décembre 2005, 1^{ère} partie « Les comportements à risque : une nouvelle déviance ? », p. 5-40
- Christina C. WEE, Ellen P. McCARTHY, Roger B. DAVIS, Russell S. PHILLIPS, Physician counseling about exercise, *JAMA* octobre 1999 ; 282(16) : 1583-1588
- Henry N. WILLIFORD, Betty R. BARFIELD, Ramona B. LAZENBY, Michele SCHARFF OLSON, A survey of physicians attitudes and practices related to exercise promotion, *Preventive Medicine* 1992 ; 21 : 630-636

- WING RENA R, Physical activity in the treatment of the adult overweight and obesity : current evidence and research issues, *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1999, 31(11 Suppl) : S547-52
- Tania WINZENBERG, Pam REID, Kelly SHAW, Assessing physical activity in general practice : a disconnect between clinical practice and public health ? *British Journal of general practice* novembre 2009; 59(568) : 359-357

LISTE DES ABREVIATIONS

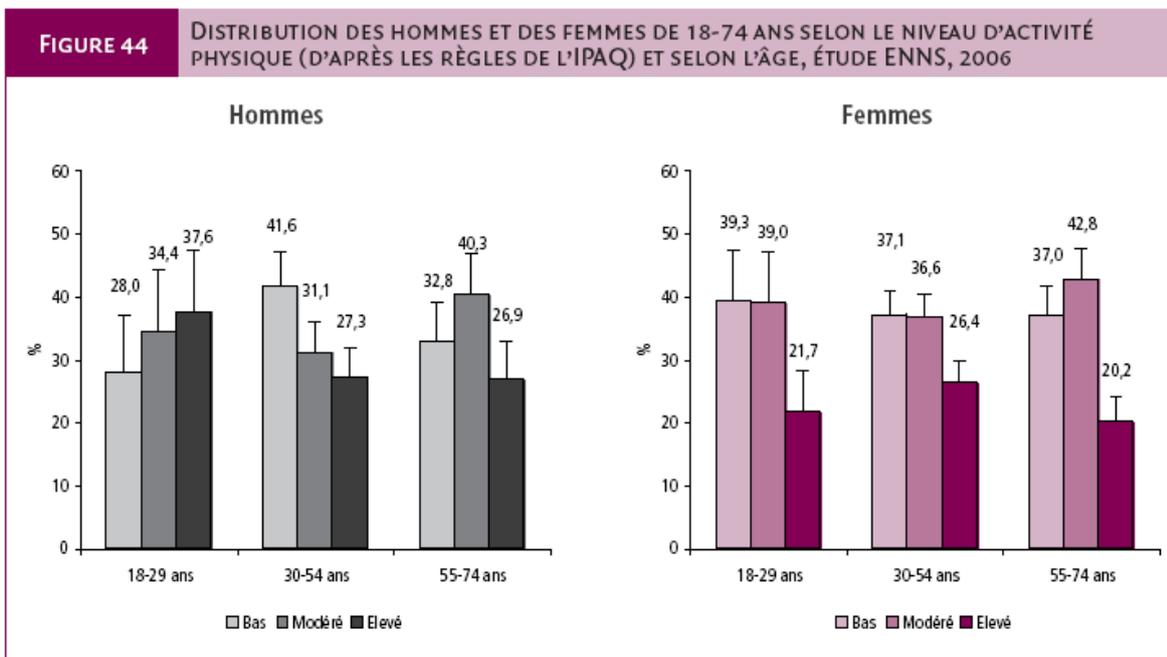
ARS : Agence Régionale de Santé
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDJS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
EFFORMIP : la santé par l'Effort et la Forme en Midi-Pyrénées
ENNS : Etude Nationale Nutrition Santé
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHESS : Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales
EPODE : Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants
FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
HAS : Haute Autorité de Santé
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEP : Institut National du Sport, de l'Expertise et de la Performance
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
Kcal : calorie
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS : Observatoire Régional de Santé
PNNS : Programme National Nutrition Santé
REPOP : REseaux pour la Prise en charge et la prévention de l'Obésité Pédiatrique
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
URCAM : Unions Régionales des Caisse d'Assurance Maladie
UTEP : Unité Transversale d'Education du Patient
VIF : VIVons en Forme

ANNEXES

Annexe 1 : International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), étude ENNS 2006

TABLEAU 9 ESTIMATION DES ÉQUIVALENTS MÉTABOLIQUES (MET-MINUTES/SEMAINE) SELON L'INTENSITÉ DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE (IPAQ)			
	Fréquence Nombre de jours/semaine	Durée moyenne par jour (minutes)	Équivalents métaboliques (MET-minutes/semaine)
Activités d'intensité élevée	J1	D1	$MET1 = 8,0 \times J1 \times D1$
Activités d'intensité modérée	J2	D2	$MET2 = 4,0 \times J2 \times D2$
Marche	J3	D3	$MET3 = 3,3 \times J3 \times D3$

TABLEAU 10 DÉFINITIONS DES CLASSES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE SELON LES RÈGLES D'UTILISATION DU QUESTIONNAIRE IPAQ	
Classes d'activité physique	Définitions des classes
Niveau "élevé"	J1 ≥ 3 et MET1 ≥ 1 500 ou J1 + J2 + J3 ≥ 7 et MET1 + MET2 + MET3 ≥ 3 000
Niveau "modéré"	J1 ≥ 3 et D1 ≥ 20 ou J2 ≥ 5 et D2 ≥ 30 ou J3 ≥ 5 et D3 ≥ 30 ou J1 + J2 + J3 ≥ 5 et MET1 + MET2 + MET3 ≥ 600
Niveau "bas"	Aucune activité physique reportée Aucun des critères précédents



Annexe 2 : Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) de l'OMS

MODULE DE BASE : Activité physique			
<p>Je vais maintenant vous poser quelques questions sur le temps que vous consacrez à différents types d'activité physique lors d'une semaine typique. Veuillez répondre à ces questions même si vous ne vous considérez pas comme quelqu'un d'actif.</p> <p>Pensez tout d'abord au temps que vous y consacrez au travail, qu'il s'agisse d'un travail rémunéré ou non, de tâches ménagères, de cueillir ou récolter des aliments, de pêcher ou chasser, de chercher un emploi. <i>[Ajouter d'autres exemples si nécessaire]</i>. Dans les questions suivantes, les activités physiques de forte intensité sont des activités nécessitant un effort physique important et causant une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque, et les activités physiques d'intensité modérée sont des activités qui demandent un effort physique modéré et causant une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque.</p>			
Question	Réponse	Code	
Activités au travail			
1	<p>Est-ce que votre travail implique des activités physiques de forte intensité qui nécessitent une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque, comme [soulever des charges lourdes, travailler sur un chantier, effectuer du travail de maçonnerie] pendant au moins 10 minutes d'affilée ?</p> <p>[INSÉRER DES EXEMPLES LOCAUX ET MONTRER LES CARTES]</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2 <i>Si Non, aller à P4</i></p>	P1
2	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques de forte intensité dans le cadre de votre travail ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P2
3	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques de forte intensité, combien de temps consacrez-vous à ces activités ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P3 (a-b)
4	Est-ce que votre travail implique des activités physiques d'intensité modérée, comme une marche rapide ou [soulever une charge légère] durant au moins 10 minutes d'affilée ?	Oui 1	P4
	[INSÉRER DES EXEMPLES LOCAUX ET MONTRER LES CARTES]	Non 2 <i>Si Non, aller à P7</i>	
5	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques d'intensité modérée dans le cadre de votre travail ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P5
6	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques d'intensité modérée, combien de temps consacrez-vous à ces activités ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P6 (a-b)
Se déplacer d'un endroit à l'autre			
<p>Les questions suivantes excluent les activités physiques dans le cadre de votre travail, que vous avez déjà mentionnées. Maintenant, je voudrais connaître votre façon habituelle de vous déplacer d'un endroit à l'autre ; par exemple pour aller au travail, faire des courses, aller au marché, aller à votre lieu consacré au culte. <i>[Ajouter d'autres exemples si nécessaire]</i></p>			
7	Est-ce que vous effectuez des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo ?	Oui 1	P7
		Non 2 <i>Si Non, aller à P 10</i>	
8	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P8
9	Lors d'une journée habituelle, combien de temps consacrez-vous à vos déplacements à pied ou à vélo ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P9 (a-b)

Question	Réponse	Code	
Activités de loisirs			
Les questions suivantes excluent les activités liées au travail et aux déplacements que vous avez déjà mentionnées. Maintenant je souhaiterais vous poser des questions sur le sport, le fitness et les activités de loisirs. <i>[Insérer les termes appropriés]</i>			
10	Est-ce que vous pratiquez des sports, du fitness ou des activités de loisirs de forte intensité qui nécessitent une augmentation importante de la respiration ou du rythme cardiaque comme [courir ou jouer au football] pendant au moins dix minutes d'affilée ? [INSÉRER DES EXEMPLES LOCAUX ET MONTRER LES CARTES]	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à P 13</i>	P10
11	Habituellement, combien de jours par semaine pratiquez-vous une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs de forte intensité ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P11
12	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P12 (a-b)
13	Est-ce que vous pratiquez des sports, du fitness ou des activités de loisirs d'intensité modérée qui nécessitent une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque comme la marche rapide [faire du vélo, nager, jouer au volley] pendant au moins dix minutes d'affilée ? [INSÉRER DES EXEMPLES LOCAUX ET MONTRER LES CARTES]	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à P16</i>	P13
14	Habituellement, combien de jours par semaine pratiquez-vous une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs d'intensité modérée ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P14
15	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P15 (a-b)
Comportement sédentaire			
La question suivante concerne le temps passé en position assise ou couchée, au travail, à la maison, en déplacement, à rendre visite à des amis, et inclut le temps passé [assis devant un bureau, se déplacer en voiture, en bus, en train, à lire, jouer aux cartes ou à regarder la télévision] mais n'inclut pas le temps passé à dormir. [INSÉRER DES EXEMPLES LOCAUX ET MONTRER LES CARTES]			
16	Combien de temps passez-vous en position assise ou couchée lors d'une journée habituelle ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P16 (a-b)

Annexe 3 : Communiqué de presse : première campagne de promotion de l'activité physique



COMMUNIQUE DE PRESSE

Le 11 février 2004

L'ACTIVITE PHYSIQUE AU QUOTIDIEN PROTEGE VOTRE SANTE

Le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, l'Assurance maladie et l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) annoncent le lancement de la première campagne nationale de promotion de l'activité physique.

Une campagne nationale inscrite dans le cadre du PNNS (Programme National Nutrition Santé).

Conduit par les pouvoirs publics, le PNNS a pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. La nutrition concerne tant les apports nutritionnels que les dépenses énergétiques, c'est-à-dire, l'alimentation et l'activité physique. Augmenter de 25% la population qui chaque jour, pratique l'équivalent d'au moins une demi-heure de marche rapide, est donc un des objectifs du PNNS

L'inactivité physique est un des principaux facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires, de cancers, de diabète et favorise la prise de poids et l'ostéoporose. Elle doit être combattue à tous les âges. Les effets protecteurs de la pratique d'une activité physique quotidienne, en complément d'une alimentation variée, sont aujourd'hui reconnus. Pourtant, on estime que plus d'un tiers de la population française adulte (34, 4%) n'atteint pas le niveau d'activité physique recommandé par le PNNS.

Protéger sa santé en pratiquant au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide chaque jour, en complément d'une alimentation conforme aux recommandations du PNNS. Cette campagne complète le dispositif de communication mis en place depuis 2001 dans le cadre du PNNS avec notamment la campagne de promotion des fruits et légumes « *frais en conserve ou surgelés, les fruits et légumes protègent votre santé* » et l'édition et la diffusion du guide alimentaire pour tous « *La santé vient en mangeant* ».

Un dispositif de communication qui inscrit l'activité physique au cœur de la vie des Français. Le dispositif a pour objectif de faire largement connaître la recommandation du PNNS « *au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide chaque jour* ». Il s'adresse au grand public et, en particulier, aux femmes et aux plus de 45 ans (compte tenu de la prévalence d'inactivité physique dans ces populations) via une campagne presse, télévisée et radiophonique. Ainsi le dispositif a pour objectif de :

- faire prendre conscience de l'enjeu de santé publique que représente la promotion de l'activité physique auprès des relais d'opinion, avec une prise de parole d'alerte dans la presse quotidienne nationale (diffusion du 12 au 15 février 2004),

- dédramatiser l'effort lié à l'activité physique et mettre en évidence son caractère naturel et quotidien, avec un film TV (diffusion du 15 février au 14 mars 2004),
- favoriser le passage à l'acte en indiquant les moyens d'atteindre l'objectif des « *au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide chaque jour* », avec une campagne radio nationale (diffusion du 23 février au 14 mars 2004).

Le dispositif prévoit également une action dans les transports en commun, à Paris et en province, et l'implication des professionnels de santé, des collectivités locales et des entreprises.

Baromètre santé nutrition 2002

Contact presse :

Direction Générale de la Santé : Laurence Danand : 01 40 56 52 62,

laurence.danand@sante.gouv.fr

INPES : Hélène Monard, 01 49 33 23 06, helene.monard@inpes.sante.fr

Annexe 4 : Questionnaire de Ricci et Gagnon

Questionnaire pour évaluer le niveau habituel d'activité physique
(questionnaire de Ricci et Gagnon)

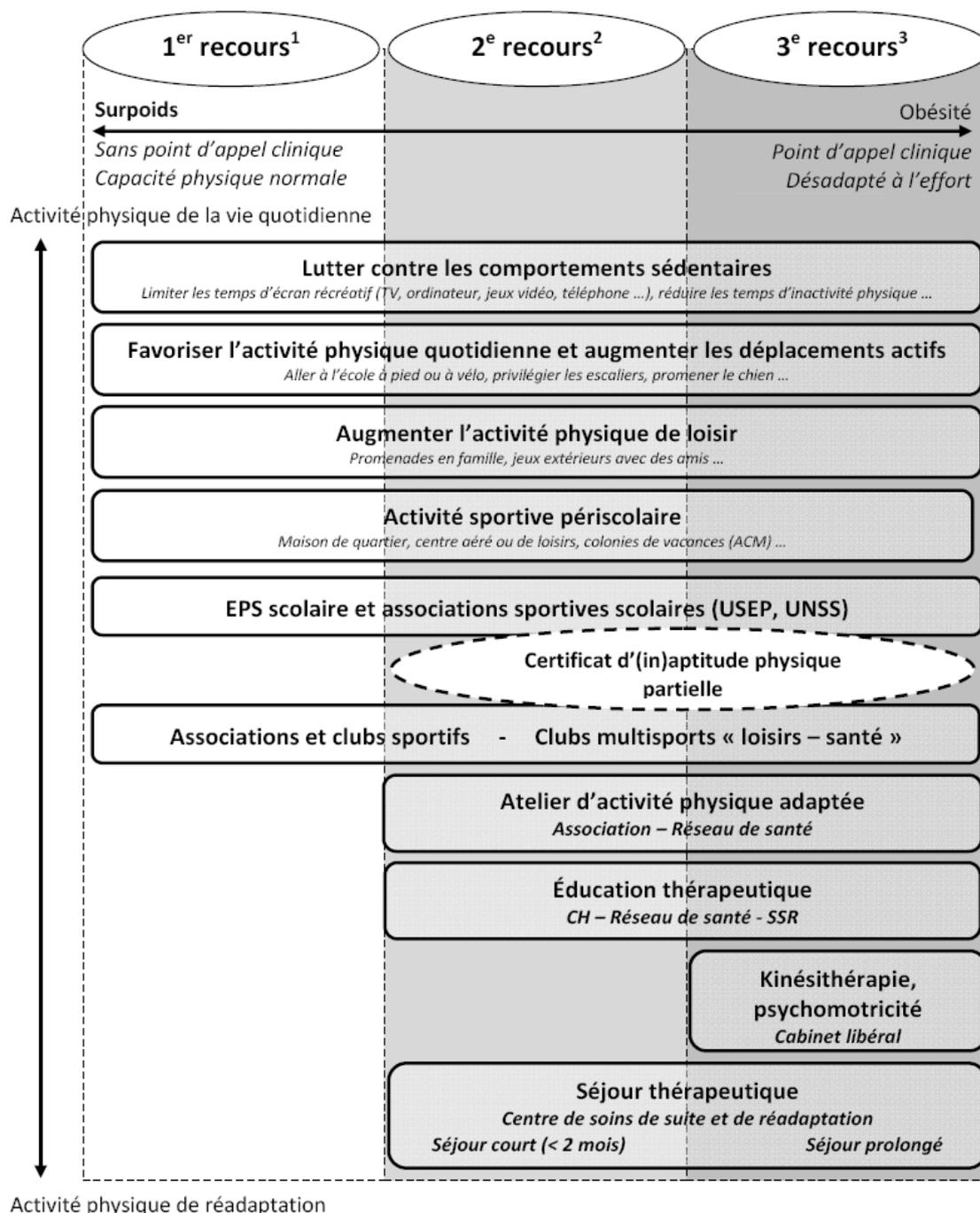
POINTS	1	2	3	4	5
ACTIVITES QUOTIDIENNES					
Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?	Légère	Modérée	Moyenne	Intense	Très intense
En dehors de votre travail, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers : bricolage, jardinage, ménage, etc ... ?	- de 2h	3 à 4h	5 à 6h	7 à 9h	10h et plus
Combien de minutes par jour consacrez vous à la marche ?	- de 15'	16 à 30'	31 à 45'	45 à 60'	61' et plus
Combien d'étages, en moyenne, montez vous à pied chaque jour ?	- de 2	3 à 5	6 à 10	11 à 15	16 et plus
ACTIVITES SPORTIVES ET RECREATIVES					
Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ou récréatives ?	Non				Oui
A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?	1 à 2/mois	1/semaine	2/semaine	3/semaine	4 et + /semaine
Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?	- de 15'	16 à 30'	31 à 45'	45 à 60'	61' et plus
Habituellement, comment percevez-vous votre effort ?	1 très facile	2	3	4	5 difficile

TOTAL :/40

Votre profil :

- Moins de 16 points : vous êtes peu actif(ve), essayez d'augmenter votre quantité d'activité physique quotidienne, vous verrez les bienfaits au bout de quelques semaines. Demandez plus de conseils à votre médecin pour démarrer.
- Entre 16 et 32 points : vous êtes assez actif(ve), continuez pour garder les bénéfices acquis !
- Plus de 32 points : vous êtes très actif(ve), pensez à varier les activités et à vous accorder du repos !

Annexe 5 : Prescription de l'activité physique, surpoids, obésité, enfant adolescent HAS, actualisation des recommandations 2003



- ¹ 1^{er} recours : prise en charge de proximité coordonnée par le médecin habituel de l'enfant ou adolescent. Surpoids ou obésité (sans complication, contexte familial favorable et pas de problème psychologique et social majeur).
- ² 2^e recours : prise en charge pluridisciplinaire à l'échelle du territoire coordonnée par le médecin habituel +/- équipe spécialisée. Surpoids ou obésité (avec échec de la prise en charge de 1^{er} recours, ascension rapide de la courbe d'IMC, comorbidités associées, contexte familial défavorable et problématique psychologique et sociale).
- ³ 3^e recours : prise en charge coordonnée par un médecin ou une équipe spécialisée (CHU). Obésité (avec échec de la prise en charge de 2^e recours, comorbidités sévères, handicap dans la vie quotidienne généré par l'obésité, contexte familial très défavorable, problématique psychologique et sociale majeure)

RESUME

CONTEXTE : Les activités physiques et sportives ont des bénéfices connus depuis longtemps, même si elles provoquent parfois des accidents. Les déterminants de la pratique sont nombreux et il semble, malgré des résultats d'études divergents, que les Français ne soient pas suffisamment actifs. Les campagnes, en sa faveur, ne se sont pourtant développées que récemment. Les études sur la pratique des généralistes pour conseiller les patients dans ce domaine sont encore très peu nombreuses en France.

OBJECTIF : Nous voulons expliciter ce qui influence les conseils des généralistes en matière d'activité physique et préciser leurs pratiques actuelles.

METHODE : Nous profitons d'une étude qualitative plus générale sur les pratiques préventives de quatre-vingt-dix généralistes franciliens, nous exploitons les passages relatifs à l'activité physique.

RESULTATS : L'implication et la conviction des médecins généralistes dépend de leurs parcours de vie professionnelle et surtout personnelle en matière d'activité physique, ils se donnent même parfois en exemple. Ils en craignent des accidents. Les campagnes de santé publique leur semblent encore insuffisantes. Au cours de leur pratique, ils sont rarement systématiques, leur évaluation est succincte, subjective, et leurs conseils restent imprécis. Ils ne font pas de consultation dédiée. La formation et les outils étant insuffisants, ils font souvent appel à leur bon sens, ils n'ont pas de spécialiste à qui adresser en cas de difficulté. Malgré des progrès récents, la prévention par l'activité physique paraît encore insuffisamment considérée par rapport aux autres préventions.

MOTS-CLES :

Activité physique, sport, médecin généraliste, étude qualitative, prévention.

DISCIPLINE :

Doctorat en Médecine Générale

ADRESSE :

Faculté de Médecine Paris-Descartes, 15 rue de l'école de médecine 75270 Paris Cedex 06
www.medecine.parisdescartes.fr