



Attitudes et comportements de santé du sportif assidu : enquête auprès de sportifs assidus de Seine-Maritime

Juliette Colle

► To cite this version:

Juliette Colle. Attitudes et comportements de santé du sportif assidu : enquête auprès de sportifs assidus de Seine-Maritime. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01455559

HAL Id: dumas-01455559

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01455559>

Submitted on 3 Feb 2017

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.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNÉE 2016

N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Par

Juliette COLLE

Née le 16 novembre 1989 à Montargis (45)

Présentée et soutenue publiquement le 15 novembre 2016

**ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DE SANTÉ DU
SPORTIF ASSIDU.**

Enquête auprès de sportifs assidus de Seine-Maritime.

Président

Membres du jury

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Monsieur le Professeur Fabrice DUPARC

Monsieur le Docteur Joël LADNER

Monsieur le Docteur Thomas BOUREZ

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016
U.F.R. DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :

Professeur Pierre FREGER

ASSESSEURS :

Professeur Michel GUERBET

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>sumombre jusque 01/11/15</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>sumombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>sumombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>sumombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie

Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologie
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie

Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique

Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEURS AGREGES OU CERTIFIES

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie

Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Souleymane ABDOUL-AZIZ	Biochimie
Mme Maïté NIEPCERON	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Mr Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

Mr Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Pascal BOULET	UFR	Médecine générale
-------------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
-------------------------------	-----	-------------------

Mme Lucille PELLERIN	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

Mme Yveline SEVRIN	UFR	Médecine générale
---------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

« Par délibération en date du 3 mars 1976, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation. »

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil,

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury.
Pour ces 3 années de formation de médecine générale sous votre supervision qui ont fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui.
Veuillez trouver ici, l'expression de mes sincères remerciements.

À Monsieur le Professeur Fabrice Duparc,

Pour le temps que vous m'avez accordé et pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail.
Pour l'enseignement d'anatomie que vous m'avez apporté en première année de médecine.
Veuillez trouver ici, l'expression de mes sincères remerciements.

À Monsieur le Docteur Joël Ladner, Maître de Conférences des Universités,

Pour l'aide que vous m'avez apportée pour l'analyse statistique de mon étude.
Pour votre gentillesse de m'avoir proposé de participer à ce jury.
Veuillez trouver ici, l'expression de mes sincères remerciements.

À Monsieur le Docteur Thomas Bourez,

Un grand merci Thomas pour la confiance que tu m'as accordée et pour avoir cru dès le début en ce travail.
Pour toute l'expérience acquise à tes côtés lors de mon stage chez le praticien.
Ton approche de la médecine générale et ta relation avec tes patients sont des modèles dans ma pratique.

À Messieurs les Docteurs Mehdi Roudesli, Guillaume Levavasseur et Philippe Auguste pour vos précieux conseils après relecture du questionnaire et pour l'aide à la diffusion de celui-ci.

À Mme Quillet qui m'a aidée pour les recherches documentaires.

À l'ensemble des médecins et autres professionnels de santé avec qui j'ai eu le plaisir de travailler en stage et qui ont contribué à ma formation.
Tout particulièrement à Laura et l'équipe de médecine.

À mes parents,

Un immense merci pour tout votre amour et le soutien sans faille que vous m'avez apportés tout au long de mes études. Merci de m'avoir guidée pour trouver ma voie et permis de faire mes propres choix.

Petite mention spéciale à ma relectrice en chef pour sa patience.

À Benoît, Marjorie, Rémi, Hélène, Olivia et Maéva pour tous les bons moments passés et à venir qui contribuent à mon bonheur et à mon épanouissement.

À Régine, Christophe, Caroline, Mathieu, Emma et Zoé, ma seconde famille, merci de m'avoir si bien accueillie parmi vous.

À mes copines de fac :

Tout d'abord Clémence, mon binôme, celle avec qui j'aurais débuté et terminé ces longues années d'études et avec qui j'ai tout partagé, Camille, avec qui j'ai passé 3 supers années en colocation, Marthe et Mathilde.

Pour toutes les heures passées à papoter et nos fous rires ; sans vous ces années de facs auraient été tellement plus tristes !

Au reste de ma famille: grands-parents, oncles et tantes, cousins/cousines et à mes ami(e)s de tous horizons, dont l'amitié m'est précieuse.

À tous ceux qui ont pris le temps de répondre au questionnaire et tout particulièrement à l'ensemble de mon club de triathlon qui s'est grandement mobilisé.

Enfin, à Arnaud, il y aurait 1000 raisons de te dire merci, mais simplement merci d'être toi et de prendre aussi bien soin de moi.

À Damien et Grand-Maman, qui veillent sur moi.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

LEXIQUE

AFLD	Agence Française de Lutte contre le Dopage
AHA	American Heart Association
AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
API	Alcoolisation Ponctuelle Importante
AUDIT	■ Alcohol Use Disorders Test
AVK	■ Anti-Vitamine K
AVP	■ Accident de la Voie Publique
CIO	Comité International Olympique
CNCIS	Certificat de Non Contre-Indication Sportive
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CO	Contraception Orale
ECG	■ Electrocardiogramme
EDC	■ Episode Dépressif Caractérisé
ESC	■ European Society of Cardiology
ESCAPAD	■ Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense
GEA	■ Gastro-Entérite Aigue
HAS	■ Haute Autorité de Santé
HTA	■ Hypertension artérielle
INPES	■ Institut National de Prévention et d'Education à la Santé
JORF	■ Journal Officiel de la République Française
LSD	de l'allemand « <i>Lysergsäurediethylamid</i> », diéthylamide de l'acide lysergique, psychotrope hallucinogène
MG	■ Médecin Généraliste
MKDE	Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'Etat
OFDT	■ Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
OMS	■ Organisation Mondiale de la Santé
PNNS	■ Plan National Nutrition Santé
RSG	■ Régime Sans Gluten
SFC	■ Société Française de Cardiologie
SFMES	Société Française de Médecine du sport
STAPS	Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
TA	■ Tension Artérielle
TCA	■ Trouble du Comportement Alimentaire
VNCIS	■ Visite de Non Contre-Indication au Sport
Vs	■ Versus

SOMMAIRE

INTRODUCTION	18
---------------------------	-----------

PREMIERE PARTIE : MATERIEL ET METHODE.....	20
---	-----------

I- Questionnement et choix de la méthode d'enquête	20
II- Méthodologie de recherche.....	20
III- Choix de la population cible.....	22
1) Critères d'inclusion	22
2) Le concept de « sportif assidu »	22
3) Justification des autres critères	23
a. L'âge	23
b. Inscription dans un club ou salle de sport de Seine-Maritime	23
IV- Conception du questionnaire	24
1) La forme	24
2) Le fond	24
3) Relecture.....	25
V- Diffusion du questionnaire	26
VI- Période d'enquête	26

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS.....	26
---	-----------

I- Rappels statistiques et méthode d'analyse des réponses	27
1) Rappels statistiques	27
2) Méthode d'analyse des réponses.....	28
a. Questions fermées.....	28
b. Questions ouvertes.....	28
c. Sous-groupes	28
II- Données sociodémographiques	29
III- Tabac	41

IV- Alcool	44
V- Autres substances addictives.....	48
VI- Vaccinations.....	49
VII- Certificat de non contre-indication à la pratique sportive	51
VIII- Alimentation.....	58
IX- Sommeil	62
X- Dopage	63
XI- Vision de soi.....	64
XII- Santé mentale.....	66
XIII- Consommation de soins.....	67

3^{EME} PARTIE : DISCUSSION DES RESULTATS ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE..... 74

I- Biais méthodologiques et limites	74
1) Les doublons de réponse	74
2) Biais de sélection.....	74
3) Biais d'information ou de mesure.....	75
4) Limites	76
II- Les substances addictives	77
1) Expérimentation du tabac.....	77
2) Statut tabagique.....	77
3) Arrêt du tabac et activité sportive	78
4) Consommation d'alcool.....	79
5) Alcoolisation Ponctuelle Importante (API).....	80
6) Autres substances addictives.....	82
7) Substances dopantes	82
8) Conclusion : les substances addictives	84
a. Des sportifs moins consommateurs au quotidien.....	84
b. Une différence hommes/femmes moins marquée	84
c. Des inégalités en fonction des sports.....	85
III- Sommeil et Alimentation	85
1) Le sommeil	85
2) Alimentation.....	87
a. Les sportifs et l'alimentation, un lien important	87
b. Les compléments alimentaires	90

IV- Les soins	91
1) Vaccination	91
2) Certificat de non contre-indication à la pratique sportive.....	92
3) Consommation de soins	96
V- Vision de soi et santé mentale	98
1) Vision de soi	98
2) Vision de sa santé.....	98
3) Santé mentale	99
 CONCLUSION	 101
 BIBLIOGRAPHIE	 104
 LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	 114
 ANNEXES	 116
Annexe 1 : Questionnaire en ligne.....	116
Annexe 2 : Affiche	126

INTRODUCTION

La sédentarité est aujourd'hui considérée comme le 4ème facteur de risque de mortalité au niveau mondial. Elle a une incidence majeure sur la prévalence des maladies non transmissibles et la santé générale des populations (1).

Le « sport-santé », qui recouvre la pratique d'activités physiques ou sportives contribuant au bien-être et à la santé du pratiquant sur le plan physique, psychologique et social, est donc devenu un enjeu majeur de santé publique (2).

Au niveau mondial, près de 23% des adultes de 18 ans et plus n'étaient pas suffisamment actifs en 2010 et ce surtout dans les pays à revenu élevé. L'OMS s'est donc associée en 2010 avec le Comité International Olympique (3) pour promouvoir l'activité physique. Des recommandations en matière d'activité physique ont été publiées. Il est donc recommandé, en pratique, à tous les adultes âgés de 18 à 64 ans, d'effectuer au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide (qui accélère sensiblement la fréquence cardiaque) par jour, au moins 5 jours par semaine ou au moins l'équivalent de 25 minutes de course ou marche à vive allure (ou toute autre forme d'exercice physique pendant lequel le souffle se raccourcit et la fréquence cardiaque s'accélère considérablement) au moins 3 jours par semaine. Des exercices de renforcement musculaire (travail contre résistance) doivent être faits au moins 2 jours par semaine (4).

Au niveau national, bien que plus de la moitié des Français âgés de 15 à 74 ans (58%) pratiquent habituellement un sport (5), il semblerait que moins de la moitié (42,5%) atteignent un niveau d'activité physique favorable à la santé (6).

L'état a initié depuis 2001 un Plan National Nutrition Santé (PNNS) ayant 4 objectifs principaux dont celui d'augmenter l'activité physique et de diminuer la sédentarité à tous les âges (2).

Dans ce contexte, un nombre croissant de personnes s'inscrivent dans des clubs ou salles de sport et les sportifs constituent donc une part grandissante de la population. Notons que d'autres facteurs influencent également le développement de cette population comme l'augmentation et la valorisation du temps libre, la valorisation de la plastique du corps, la retransmission d'événements sportifs variés à la télévision ou encore la publicité.

En 2013, 17 999 700 licences ou autres titres de participation ont été délivrés sur l'ensemble du territoire français (7) contre 14 665 800 en 2000 et 10 023 000 en 1991. Pour accueillir ces sportifs, les clubs de sport se développent et des infrastructures se construisent (on dénombre en France actuellement 329 793 équipements sportifs répartis sur l'ensemble du territoire (8)). Le secteur de la remise en forme bénéficie largement de cette préoccupation grandissante pour la santé et le bien-être. Les Français seraient en effet entre 14 et 15 millions à pratiquer le fitness, la musculation ou la gymnastique d'entretien (dont 5 à 6 millions dans un club)(9).

On distingue plusieurs types de sportifs (occasionnels, assidus, amateurs, de haut niveau...). Dans cette étude, l'objectif est de connaître les attitudes et comportements de santé des sportifs assidus (terme que nous définirons par la suite) pour permettre aux médecins généralistes de mieux répondre à leur demande de soins. En effet, baignant moi-même dans ce milieu sportif depuis plusieurs années par la pratique du triathlon, j'ai noté un manque de connaissances et beaucoup d'idées reçues de la part des professionnels de santé sur cette population. Nous avons donc interrogé des sportifs assidus en Seine-Maritime par le biais d'un questionnaire sur différents thèmes de santé pour parvenir à cet objectif.

Première partie : MATÉRIEL ET MÉTHODE

I- Questionnement et choix de la méthode d'enquête

Même si le sportif assidu a des spécificités et a parfois recours à d'autres intervenants, il doit comme tout assuré social avoir un médecin traitant qui l'accompagne dans son parcours de soins.

Ainsi, les médecins généralistes ont besoin de bien connaître les attitudes et comportements de santé de ces sportifs pour répondre au mieux à leur demande de soins. Leur prise en charge n'en sera que plus adaptée (prévention, thérapeutique, orientation dans le parcours de soins) par une bonne connaissance de leurs besoins en matière de santé.

Les questionnements sont les suivants : Quels sont les attitudes et comportements de santé du sportif assidu? Comment se positionne-t-il par rapport à sa santé? Met-il tout en œuvre pour avoir une bonne santé? A-t-il des comportements à risque? Quelle est sa consommation de soin?

Le but est de caractériser une population cible vis-à-vis de ses attitudes et comportements de santé. L'interrogatoire de cette population à un instant T sans suivi dans le temps est suffisant et permet d'inclure un nombre important de personnes. L'enquête réalisée est donc une étude descriptive transversale quantitative réalisée par le biais d'un questionnaire destiné aux sportifs.

II- Méthodologie de recherche

Au préalable, une revue de la littérature a été faite pour savoir si des enquêtes similaires existent. Force est de constater qu'aucune étude globale sur cette population d'étude n'a été réalisée jusque-là. Certaines études menées chez des sportifs traitent d'un thème particulier mais pas des comportements de santé dans leur globalité.

Les Baromètres santé traitent de ce sujet sur la population générale. Ils ont été créés en 1992 par le CFES (Comité Français d'Education pour la Santé), devenu INPES en 2002, avec le soutien de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), la Direction de la Recherche, de l'Evaluation et des Etudes Statistiques du ministère de la Santé et des Solidarités (DREES) et de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT).

Depuis vingt ans, ces enquêtes déclaratives répétées (questions posées par téléphone à un échantillon représentatif de la population résidant en France métropolitaine) alimentent une base de données qui permet d'établir un état des lieux, pour chaque thème de santé étudié (tabagisme, alcoolisation, consommation de drogues illicites, pratiques vaccinales, comportement sexuel, dépistage des cancers, pratique d'une activité physique, nutrition, qualité de vie, sommeil, accidents, douleur, consommation de soins, santé mentale...) des perceptions, attitudes et comportements. C'est un outil de référence en santé publique.

On remarque qu'un nombre important d'études ont été menées sur différents thèmes de santé en population étudiante sportive.

Les différents catalogues ou bases de données en ligne utilisés sont les suivants :

- FLORA (catalogue des Bibliothèques Universitaires de Rouen)
- PubMed accessible via <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Base de données produite par la National Library of Medicine.
- SUDOC (catalogue commun à toutes les Bibliothèques Universitaires de France)
- BDSP (Banque de Données en Santé Publique)
- EBSCO (Agrégateur de bases de données accessible via l'Espace Numérique de Travail du site de l'Université de Rouen)
- CISMEF (Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones)

Et différents sites internet :

- <http://www.sports.gouv.fr>, site du ministère de la ville, de la jeunesse et des sports
- <http://inpes.santepubliquefrance.fr>, site de l'INPES
- <http://www.who.int/fr/>, site de l'OMS
- <http://www.has-sante.fr>, site de l'HAS
- <http://www.sfm.es.org>, site de la Société Française de Médecine du Sport
- <https://www.legifrance.gouv.fr/> pour les textes de loi
- <http://www.afld.fr>, site de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage
- <http://www.social-sante.gouv.fr/>, site du ministère des affaires sociales et de la santé

III- Choix de la population cible

1) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont :

- Âge compris entre 18 à 55 ans
- Être inscrit dans un club ou une salle de sport de Seine-Maritime
- Pratiquer de manière assidue (c'est-à-dire au moins 3 fois par semaine)

2) Le concept de « sportif assidu »

Définition du mot « **assidu** » présente dans le dictionnaire (larousse.fr): *qui est constamment présent auprès de quelqu'un ou dans un lieu, ou qui s'adonne sans discontinuer à une occupation.*

Définition du mot « **assiduité** » dans le dictionnaire (l'internaute.com) : *application, régularité, constance.*

Nous voulions par cette étude connaître les comportements de santé de sportifs qui s'entraînent régulièrement plusieurs fois par semaine sans pour autant prendre en compte le niveau, l'intensité ou le volume d'entraînement, le fait de faire ou non de la compétition ou encore le but de la pratique sportive.

En effet, dans le contexte actuel où la prévention de la santé par le sport est omniprésente, il existe une recrudescence de personnes pratiquant du sport assidûment. Les profils sont très variés, allant du sportif amateur, pratiquant dans une démarche de bien-être, s'entraînant à des intensités basses sans faire de compétition, au sportif professionnel, pratiquant à haut niveau avec des charges et des volumes d'entraînements majeurs pour être le plus compétiteur possible pour répondre à un objectif de performance.

Le concept de sportif assidu, faisant opposition au concept de sportif occasionnel, existe dans la littérature mais aucune définition concrète précise n'est retrouvée.

Nous décidons d'employer ce terme car il semble se rapprocher le plus des sportifs que nous souhaitons viser par notre étude, cependant, il est nécessaire d'avoir une définition concrète pour effectuer le recrutement. Celle de pratiquer au moins 3 fois par semaine a donc été créée.

3) Justification des autres critères

a. L'âge

Nous avons fixé la limite basse de l'âge à 18 ans afin d'éviter des démarches supplémentaires nécessaires auprès des comités d'éthiques en cas d'inclusion de mineurs. Nous avons fixé la limite haute à 55 ans pour limiter les biais liés à des patients en moins bonne santé et consommant plus de soins pour des problèmes de santé chronique. L'âge de 55 ans a été choisi en s'appuyant sur les classes d'âge du baromètre santé de l'INPES.

b. Inscription dans un club ou salle de sport de Seine-Maritime

Un choix a été fait d'inclure uniquement des sujets licenciés dans un club ou inscrits dans une salle de sport. Nous voulions porter notre étude sur des sportifs assidus s'entraînant au moins 3 fois par semaine. Ouvrir l'enquête à des sportifs pratiquants hors structure nous expose à un biais de recrutement par l'inclusion de personnes ayant une pratique moins régulière : entraînements irréguliers sur l'année avec parfois, par exemple, des semaines entières sans pratique sportive. Ce choix est également une continuité dans la notion de « sportif assidu » détaillée ci-dessus, car outre la notion de régularité d'entraînement, l'assiduité passe également par l'application, l'investissement et par une volonté de structuration des entraînements pour arriver à des objectifs quels qu'ils soient (compétition, performance, bien-être, perte de poids) qui nécessitent bien souvent un encadrement.

Cependant, l'étude semble généralisable à l'ensemble des sportifs assidus qu'ils pratiquent dans ou hors club ou salle de sport.

IV- Conception du questionnaire

1) La forme

La création d'un questionnaire à compléter sur Internet via un ordinateur, une tablette ou un smartphone, nous a paru le moyen le plus simple pour récolter rapidement un maximum de réponses. Après avoir cherché les différents logiciels d'enquête en ligne existant, c'est finalement sur « Google forms » que notre choix s'est porté pour sa simplicité d'utilisation et sa gratuité notamment.

Nous pouvions poser tous types de questions (questions ouvertes, fermées, à choix multiples ou unique, avec réponse obligatoire ou non).

Le remplissage du questionnaire en ligne assure l'anonymat des répondeurs vis-à-vis du récoltant. Cela permet donc des réponses plus libres, sans sentiment de jugement et donc plus fidèles à la réalité sur certains thèmes qui pourraient être difficiles à aborder en face à face ou sans anonymat.

Google forms donne automatiquement une synthèse des réponses via un tableau « Excel ».

2) Le fond

La première partie comporte 11 questions et permet de caractériser le répondant par :

- des questions générales (sexe, âge, profession, nombre d'heures de travail par semaine, situation familiale)
- des questions orientées sur la pratique sportive (sport pratiqué, durée de pratique, club ou salle de sport dans lequel est inscrit le sportif, nombre d'heures d'entraînement par semaine, niveau des compétitions, nombre de compétitions dans l'année)

Pour les 2 dernières questions générales (nombre d'heures de travail par semaine et situation familiale), l'idée était de savoir si les personnes pratiquant le plus ont des professions moins prenantes ou des situations familiales les rendant plus disponibles (sans enfant ou célibataire).

Cette partie de présentation permet un classement en sous-groupes utiles ultérieurement pour l'analyse des résultats.

La question du club/salle de sport, à la limite de l'anonymat, nous a semblé cependant nécessaire pour s'assurer que les critères d'inclusion soient bien respectés (licenciés ou inscrits dans un club ou une salle de sport de Seine-Maritime).

La deuxième partie comporte 11 thèmes :

- Tabac
- Alcool
- Autres substances addictives
- Vaccin
- Visite de non contre-indication à la pratique du sport
- Alimentation
- Sommeil
- Dopage
- Vision de soi
- Santé mentale
- Consommation de soins

Nous nous sommes appuyés en grande partie sur le baromètre santé pour le choix de ceux-ci ainsi que pour la rédaction des questions.

En effet, cette étude est une référence, elle est très complète et la comparaison de nos résultats avec ceux de la population générale nous permettra de nourrir notre discussion.

Certains thèmes ou questions ont cependant été modifiés ou ajoutés car ceux-ci nous paraissaient pertinents à étudier dans notre population cible.

Nous avons ainsi ajouté comme thème la visite de non contre-indication à la pratique sportive et le dopage. Les questions sur le lien entre l'arrêt du tabac et l'activité physique, le suivi d'un régime alimentaire particulier, l'utilisation de compléments alimentaires, le fait d'avoir un médecin du sport comme médecin traitant, la survenue de problèmes de santé empêchant la pratique sportive et le recours aux différentes professions paramédicales qui sont souvent sollicitées par les sportifs ont, elles aussi, été ajoutées.

3) Relecture

Après relecture par un médecin généraliste, trois médecins du sport dont le directeur de l'Institut Régional de Médecine du Sport de Haute-Normandie, un statisticien et un Professeur des Universités, chirurgien orthopédique, le questionnaire a été retravaillé pour aboutir à sa version définitive.

V- Diffusion du questionnaire

Pour faciliter la diffusion, nous avons créé un site Internet (jimdo) hébergeant le questionnaire : <http://questionnairesantesportif.jimdo.com>

Celui-ci présente en plus un double intérêt: la clarté et un contact direct facilité pour les personnes souhaitant des renseignements.

Plusieurs outils ont été utilisés pour la diffusion :

- Réseaux sociaux (contacts, pages de clubs, étudiants en STAPS)
- Affiches (annexe 2) installées dans plusieurs sites (dont les salles d'attente de l'Institut Régional de Médecine du Sport de Haute-Normandie de Bois-Guillaume, du pôle santé sport sur l'île Lacroix (Rouen), de la Maison Médicale du sport (clinique de l'Europe à Rouen), du centre orthodynamica (clinique Mathilde à Rouen) et plusieurs clubs de sport)
- Connaissances personnelles et leurs réseaux sportifs
- Mails envoyés à de nombreux clubs/salles de sport, entraîneurs ou dirigeants leur demandant de diffuser à l'ensemble de leurs adhérents
- Patients répondant aux critères d'inclusion vus en consultation

Nous avons essayé de toucher un nombre maximal de personnes avec les profils les plus variés possibles (tout âge, milieu social, sport, pratique sportive ou niveau).

VI- Période d'enquête

Le questionnaire a été mis en ligne le 31 janvier 2016 et la clôture a eu lieu 3 mois plus tard le 31 avril 2016.

Deuxième Partie : RÉSULTATS

I- Rappels statistiques et méthode d'analyse des réponses

1) Rappels statistiques

Un test statistique aboutit :

- soit à ne pas rejeter l'hypothèse nulle H_0
- soit à rejeter l'hypothèse nulle et à accepter une hypothèse alternative H_1 , affirmant que les distributions comparées sont différentes et qu'une liaison existe entre les deux variables testées.

Hypothèse H_0 : il n'existe pas de différence entre les distributions

Hypothèse H_1 : les distributions sont différentes

Cependant, la conclusion d'un test entraîne des risques de se tromper :

- le risque alpha, fixé à 5%, est le risque de rejeter à tort H_0 alors que H_0 est vraie
- le risque bêta est le risque de ne pas rejeter H_0 alors que H_1 est vraie, il est quant à lui lié à la taille de l'échantillon.

Soit la différence de distribution est non significative et on ne peut alors conclure, soit la différence est significative et le risque que l'on prend, appelé degré de signification « p » (probabilité que la différence observée soit liée uniquement au hasard) a un seuil d'acceptabilité correspondant au risque de première espèce alpha de 5%. « p » doit donc être inférieur à 0,05 pour que la différence soit significative et que H_0 soit rejetée.

Si p est supérieur à 0,05 alors on ne peut conclure.

Test Z de l'écart réduit : La comparaison de 2 moyennes est basée sur l'estimation de l'écart réduit.

Si Z est supérieur à 1,96, la différence entre les 2 moyennes est significative avec un risque alpha de 5%, $p < 0,05$, on rejette H_0 .

Si Z est inférieur à 1,96, la différence n'est pas significative ($p > 0,05$) et on ne peut donc pas conclure.

2) Méthode d'analyse des réponses

a. Questions fermées

Le logiciel « biostaTGV » est utilisé avec un risque alpha fixé à 5%.
Quand l'effectif est supérieur à 5, le test du χ^2 non corrigé est utilisé.
Quand il est inférieur à 5, nous utilisons alors le test de Fisher exact.

b. Questions ouvertes

Après relecture de l'ensemble des réponses, nous avons dégagé des catégories de réponses. Nous avons ensuite pu classer les réponses puis les comptabiliser pour l'analyse statistique. Enfin, les mêmes outils que pour les questions fermées ont été utilisés.

Pour les comparaisons de moyenne dans les questions ouvertes quantitatives, nous utilisons le test de l'écart réduit car les groupes ont un effectif d'au moins 30 personnes.

c. Sous-groupes

Pour l'analyse statistique, nous avons défini des sous-groupes de sportifs.

Nous avons ainsi classé les sportifs selon 4 critères :

- Le sexe : homme ou femme.
- Le nombre d'heures d'entraînement par semaine : moins de 10 heures ou plus de 10 heures d'entraînement par semaine.
- Le niveau : en un groupe que nous appellerons ici « loisirs » (comprenant les non-compétiteurs et les compétiteurs de niveau départemental et régional) et un groupe que nous appellerons « haut niveau » (niveau national et international) même si ce sont des abus de langage car ces 2 groupes ne correspondent pas réellement aux définitions du sport loisir et aux critères du sport de haut niveau mais leur pratique s'y apparente.

- Le types de sports : individuels, collectifs, fitness/musculation et de duel/affrontement, comme nous le verrons plus loin.

Pour plus de lisibilité, seules les différences statistiquement significatives sont représentées sous forme de tableau.

II- Données sociodémographiques

461 réponses ont été reçues entre le 31 janvier 2016 et le 31 avril 2016.

Après lecture globale, 3 doublons de réponse ont été identifiés (réponses strictement identiques entre 2 questionnaires) et supprimés pour l'analyse.

4 sujets ont été exclus. Deux sur le critère de l'âge (un mineur et une personne âgée de plus de 55 ans), deux car ils n'étaient pas inscrits ou licenciés dans un club ou une salle de sport de Seine-Maritime.

Au total, l'analyse a donc porté sur 454 sujets (461 – 7 exclusions).

SEXE :

➔ *Question 1 : Vous êtes :*

Parmi les répondants, on dénombre 241 hommes (53%) et 213 femmes (47%).

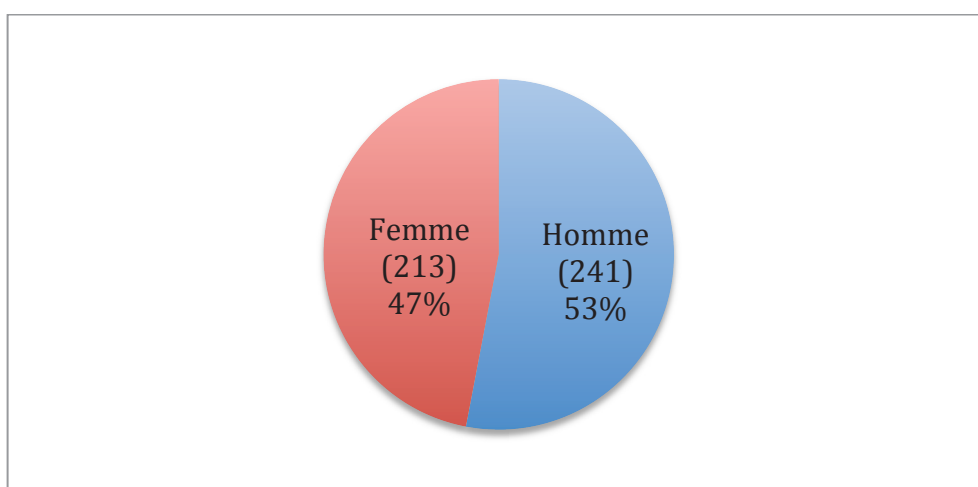


Figure n°1 : Répartition homme/femme du panel.

ÂGE :

→ Question 2 : Âge :

L'âge moyen est de 32,73 ans avec un écart type de 10,84 ans.

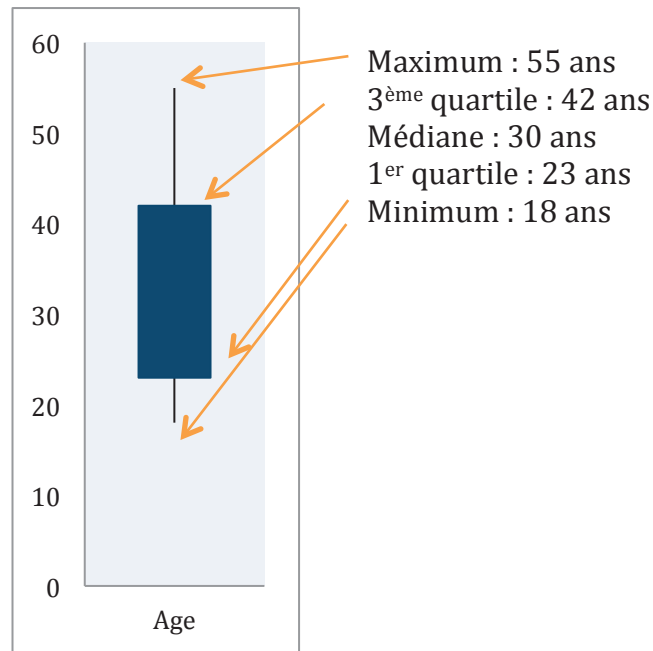


Figure n°2 : Diagramme en boîte de l'âge du panel

Les hommes sont plus âgés que les femmes avec un âge moyen de 34,31 ans contre 30,94 ans chez les femmes ($p < 0,05$).

Il n'y a pas de différence significative entre l'âge moyen des groupes plus et moins de 10 heures d'entraînement par semaine.

Les sportifs du groupe « haut niveau » sont plus jeunes que ceux du groupe « loisirs » (moyenne d'âge de 27,47 ans contre 34,19 ans chez les « haut niveau » avec $p < 0,05$).

Les sportifs pratiquant un sport collectif ou un sport de duel/affrontement sont plus jeunes que ceux pratiquant un sport individuel ou ceux du groupe fitness/musculation ($p < 0,05$). En effet, l'âge moyen est de 25,58 ans pour les sports collectifs et de 26,96 ans pour les sports de duel contre 34,09 ans pour les sports individuels et 34,26 ans pour le groupe fitness/musculation.

PROFESSION :

➔ *Question 3 : Profession :*

Les professions sont très variées, tous les secteurs d'activités sont représentés. On note la présence de 82 étudiants soit 18% des répondants.

NOMBRE D'HEURE DE TRAVAIL PAR SEMAINE :

➔ *Question 4 : Nombre d'heures de travail par semaine :*

Une moyenne de 35,16 heures de travail par semaine est effectuée par notre panel, avec un écart type de 13,62 heures.

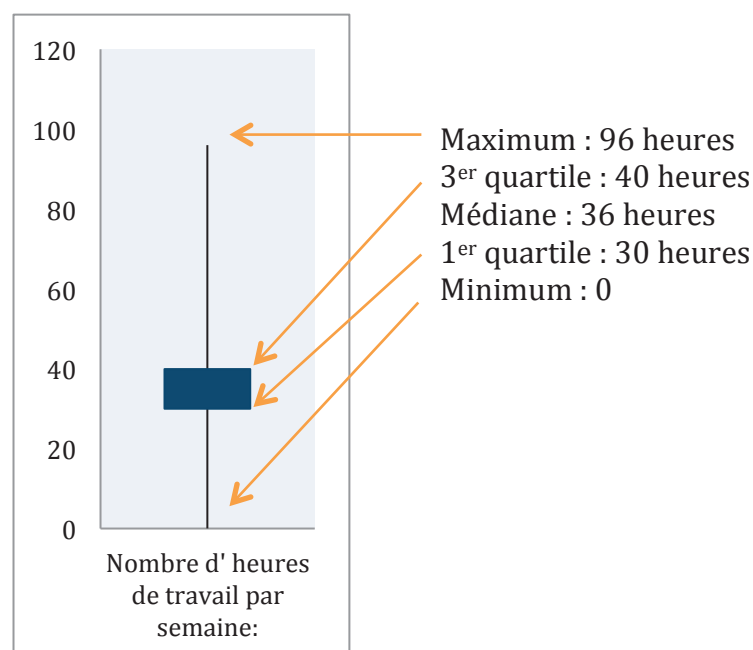


Figure n°3 : Diagramme en boîte du nombre d'heures de travail par semaine du panel.

Cependant, ce chiffre est biaisé par les étudiants qui ont répondu des chiffres très différents (selon qu'ils soient salariés ou non à côté de leurs études, qu'ils comptent ou non leurs heures de cours ou leurs heures de travail réalisées à domicile...). Si on retire les 82 étudiants, on trouve une moyenne de 36,90 heures de travail par semaine.

50% des personnes interrogées travaillent entre 30 et 40 heures par semaine.

19 personnes soit 4,2% du panel n'exercent pas d'emploi et ont répondu « 0 heure » à cette question (étudiant, sans emploi, congé parental, femme au foyer, retraité ou sportif de haut niveau).

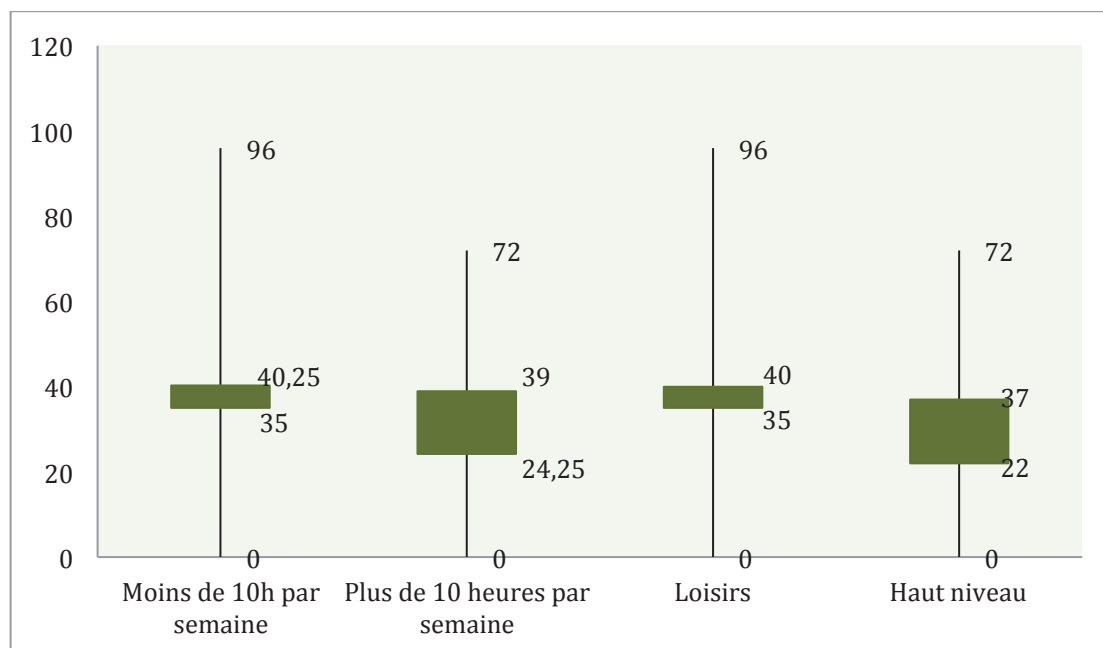


Figure n° 4 : « Boîte à moustaches » du nombre d'heures de travail par semaine selon les sous-groupes de niveau et de nombre d'heures d'entraînement par semaine.

Les femmes travaillent moins que les hommes (33,30 heures en moyenne contre 36,81 heures chez les hommes ; $p < 0,05$).

Les sportifs du groupe « haut niveau » travaillent également moins en moyenne que ceux du groupe « loisirs » (30,8 heures contre 36,38 heures ; $p < 0,05$).

Les sportifs s'entraînant plus de 10 heures par semaine travaillent en moyenne moins que ceux s'entraînant moins de 10 heures par semaine (32,2 heures contre 36,63 heures ; $p < 0,05$).

En fonction du type de sport, la seule différence significative retrouvée est celle entre les sportifs pratiquant un sport collectif et ceux pratiquant un sport individuel (ces derniers travaillent en moyenne plus que les sportifs de sports collectifs avec $p < 0,05$).

SITUATION FAMILIALE

➔ *Question 5 : Situation familiale :*

Célibataire sans enfant : 152

Célibataire avec enfant(s) : 34

En couple sans enfant : 110

En couple avec enfant(s) : 158

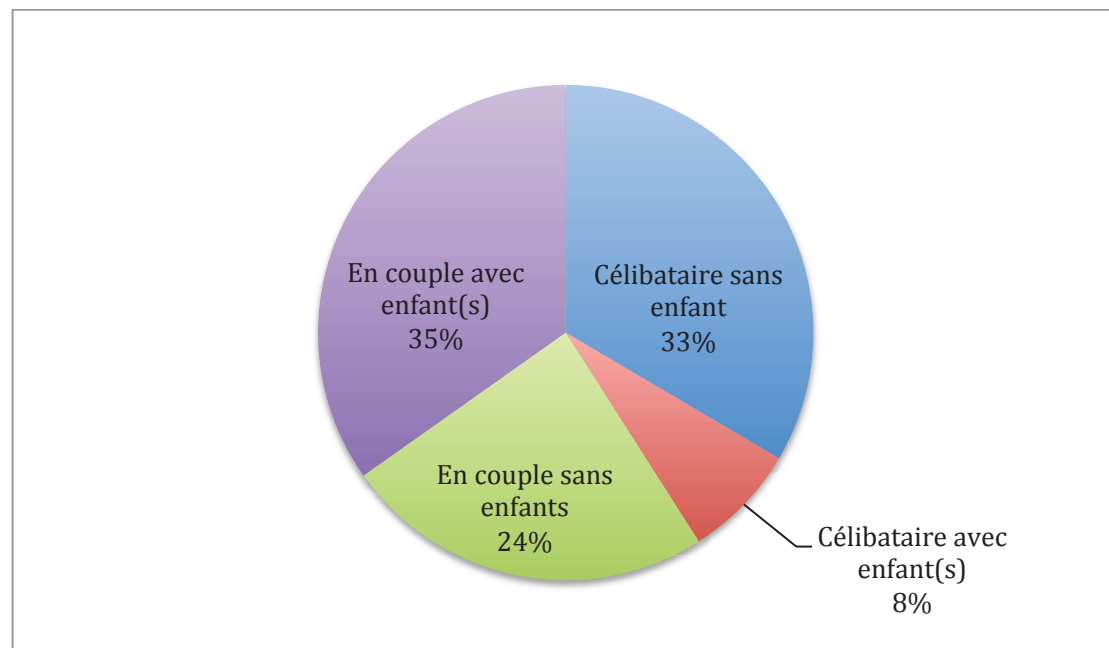


Figure n°5 : Répartition du panel en fonction de la situation familiale.

Une proportion plus importante d'hommes a des enfants ($p=0,0074$).
Moins le niveau est haut et moins le nombre d'heures d'entraînement par semaine est important, plus la proportion de personnes avec enfants est grande ($p=3,99 \times 10^{-8}$ pour le niveau et $p=0,02$ pour le nombre d'heures d'entraînement par semaine).

Il n'y a pas de différence significative entre ces sous-groupes sur le fait d'être ou non en couple.

SPORT PRATIQUE :

➔ Question 6 : Sport principal pratiqué ?

Par ordre décroissant en terme d'effectif de groupe, les sports pratiqués sont les suivants :

Triathlon	115 (25,3%)
Fitness	79 (17,4%)
Course à pied	56 (12,3%)
Athlétisme	31 (6,8%)
Football	18 (4%)
Cyclisme	17 (3,7%)
Natation	15 (3,3%)
VTT	15 (3,3%)
Musculation	13 (2,9%)
Handball	12 (2,6%)
Tennis	12 (2,6%)
Crossfit	8 (1,8%)
Rugby	8 (1,8%)
Gymnastique	7 (1,5%)
Basketball	6 (1,3%)
Danse	5 (1,1%)
Badminton	5 (1,1%)
Equitation	4 (0,9%)
Boxe (boxe, boxe thaï, kick boxing)	4 (0,9%)
Volleyball	3 (0,7%)
Marche sportive	3 (0,7%)
Judo	2 (0,4%)
Tennis de table	2 (0,4%)
Raid multisport	2 (0,4%)
Escalade	2 (0,4%)
Squash	2 (0,4%)
Roller hockey	1 (0,2%)
Floorball	1 (0,2%)
Football américain	1 (0,2%)
Alpinisme	1 (0,2%)
Hockey sur glace	1 (0,2%)
Bowling	1 (0,2%)
Pétanque	1 (0,2%)
Tennis ballon	1 (0,2%)
Total	454 (100%)

Tableau n° 1: Sport principal pratiqué par les sportifs interrogés.

Pour l'analyse des résultats, les sports sont regroupés en 4 catégories :

- 1- Sports collectifs (football, basketball, handball, rugby, volleyball, roller hockey, hockey sur glace, floorball, football américain et tennis ballon)
- 2- Fitness/musculation (fitness, crossfit et musculation)
- 3- Sports individuels (triathlon, course à pied, athlétisme, natation, cyclisme, VTT, gymnastique, danse, équitation, marche, raid multisport, escalade, alpinisme, bowling et pétanque)
- 4- Sports de duel/affrontement (tennis, tennis de table, badminton, squash, boxe et judo)

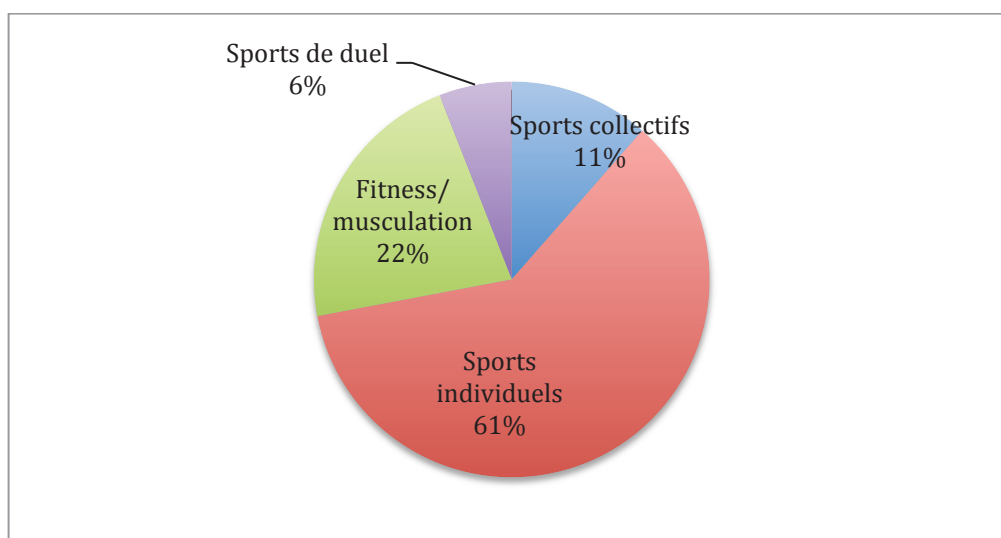


Figure n°6 : Répartition en fonction du type de sport pratiqué.

Il y a significativement plus de femmes dans le groupe fitness/musculation que dans les autres groupes (p systématiquement inférieur à 0,05). En effet, les femmes représentent 80% de ce groupe, contre 56% pour les sports collectifs, 72% pour les sports individuels et 52% pour les sports de duel/affrontement.

NOMBRE D'ANNEES DE PRATIQUE :

➔ *Question 7 : Depuis combien d'années pratiquez-vous ce sport ?*

Les sportifs de notre étude pratiquent en moyenne leur sport depuis 9,38 années avec un écart type de 8,39 ans.

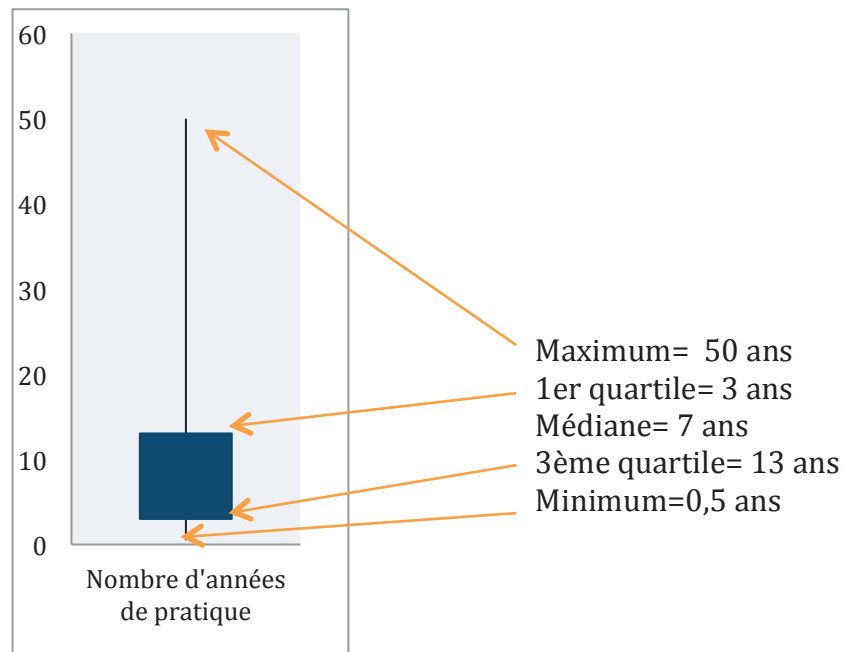


Figure n°7 : Diagramme en boîte du nombre d'années de pratique.

CLUB OU SALLE DE SPORT :

➔ *Question 8 : Dans quel club/salle de sport de Seine-Maritime êtes-vous inscrit ?*

Nous n'avons pas analysé cette question car les réponses libres étaient trop variées et cette question nous servait essentiellement pour vérifier que les critères d'inclusion étaient bien respectés.

NOMBRE D'HEURES DE PRATIQUE PAR SEMAINE :

➔ *Question 9 : Nombre d'heures de pratique par semaine en période de charge (entraînement intensif, préparation spécifique à un objectif):*

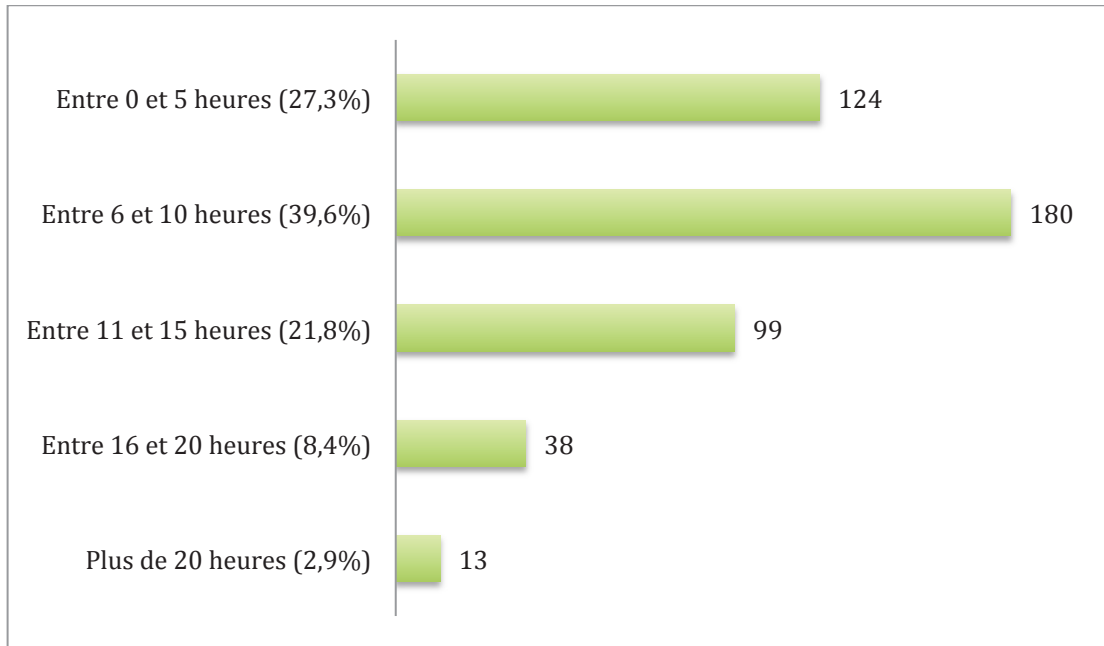


Figure n°8 : Répartition du panel en fonction du nombre d'heures d'entraînement par semaine.

On observe une différence significative ($p=1.996E-13$) concernant la répartition du nombre d'heures d'entraînement entre les hommes et les femmes.

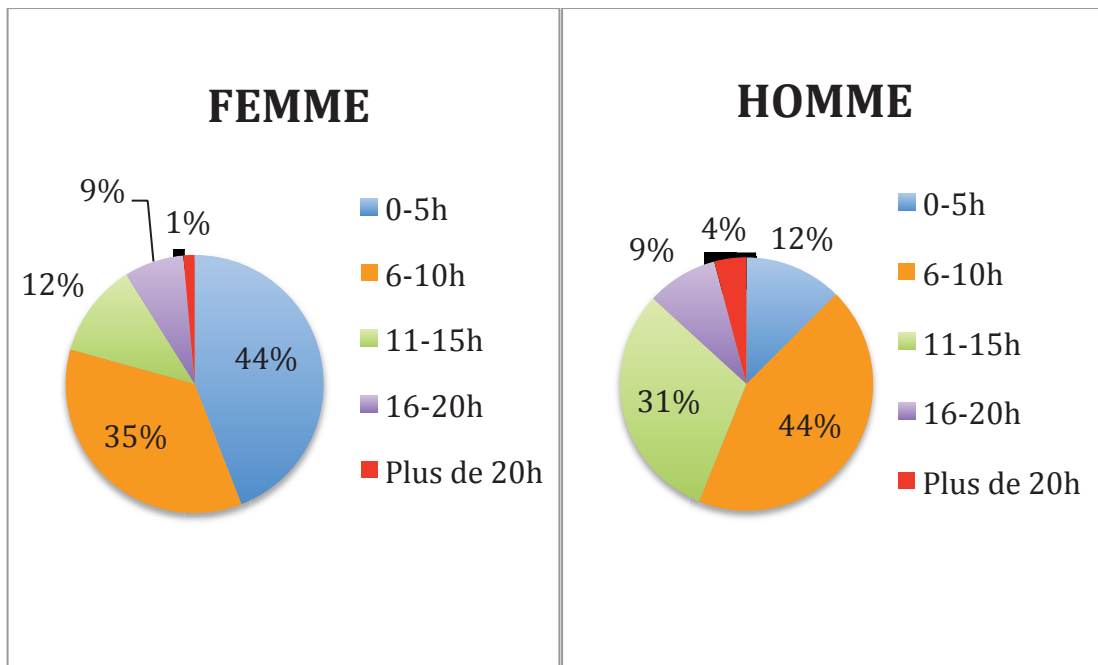


Figure n°9 : Répartition en nombre d'heures d'entraînement par semaine des femmes et des hommes.

En effet, la majorité des femmes (44%) pratiquent leur sport 0 à 5 heures par semaine, puis 6 à 10 heures par semaine. Chez les hommes, 44% pratiquent leur sport 6 à 10 heures par semaine et en seconde position on retrouve le fait de pratiquer 11 à 15 heures de sport par semaine.

Il y a une proportion significativement plus grande d'hommes que de femmes dans le groupe « plus de 10 heures d'entraînement par semaine » vs dans le groupe « moins de 10 heures d'entraînement par semaine » ($p=1,34 \times 10^{-7}$).

Si on compare la quantité d'entraînement en fonction du type de sport on retrouve parmi les différentes comparaisons possibles une différence significative entre :

- les sports individuels et fitness/musculation ($p=6,09 \times 10^{-6}$, les sportifs pratiquant des sports individuels s'entraînent plus)
- les sports collectifs et fitness/musculation ($p=0,03$, les sportifs pratiquant un sport collectif s'entraînent plus)
- les sports individuels et les sports de duel/affrontement ($p=0,02$, les sportifs pratiquant des sports individuels s'entraînent plus).

NIVEAU DES COMPETITIONS :

➔ Question 10 : Niveau de compétition

La majorité des répondants pratiquent la compétition à un niveau départemental et régional (45,8%).

32,4% ne font pas de compétition, 17,6% en font à un niveau national et seulement 4,2% à un niveau international.

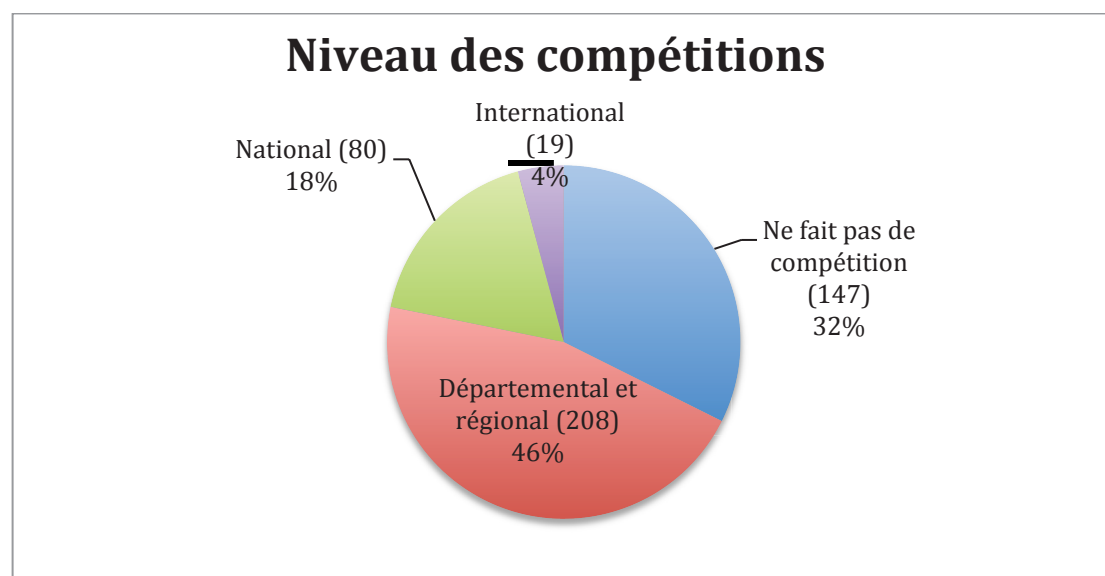


Figure n°10 : Répartition en fonction du niveau des compétitions.

Les hommes font plus souvent de la compétition, quel que soit le niveau de celles-ci, que les femmes ($p= 4.421E-13$).
 En effet, dans le groupe « pas de compétition », il y a 71,4% de femmes contre 28,6% d'hommes.
 Par contre, il n'y a pas de différence significative hommes/femmes si on sépare le panel en groupe « loisirs » et « haut niveau ».

Plus le niveau de compétition augmente, plus le nombre d'heures d'entraînement par semaine augmente.

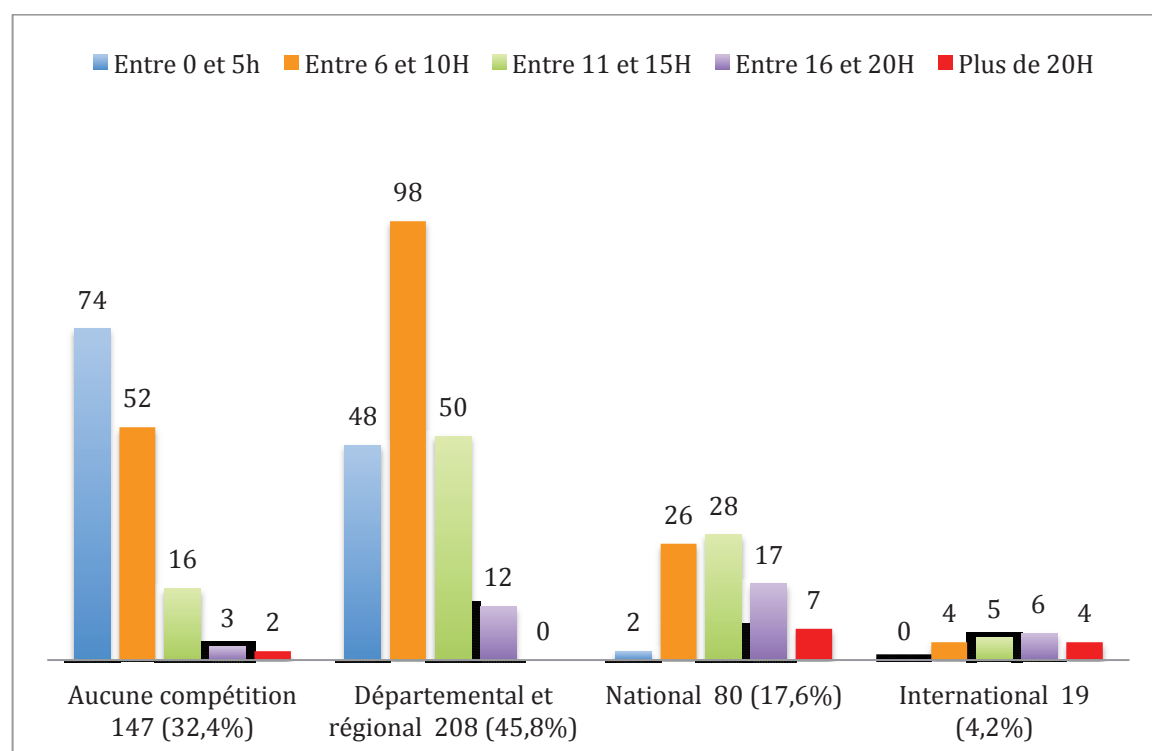


Figure 11 : Nombre d'heures d'entraînement par semaine en fonction du niveau de compétition.

p est inférieur à 0,05 entre la proportion de personnes s'entraînant plus ou moins de 10 heures par semaine selon le niveau (groupe « loisirs » et « haut niveau »).

	« Loisirs »	« Haut niveau »	
Moins de 10h par semaine	89,5% (272)	10,5% (32)	
Plus de 10h par semaine	55,3%(83)	44,7% (67)	P=1,17E-16

Tableau n°2 : Proportion de sportifs « loisirs » et « haut niveau » en fonction du nombre d'heures d'entraînement par semaine.

Il y a significativement moins de sportifs ayant une pratique de haut niveau dans le groupe « fitness/musculation » que dans les autres types de sports (p systématiquement inférieur à 0,05).

	« Loisirs »	« Haut niveau »	
Fitness/Musculation	95% (95)	5% (5)	
Sports individuels	73,8% (203)	26,2% (72)	p=7.572E-6
Sports collectifs	71,1% (37)	28,9% (15)	P=3.690E-5
Sports de duel	74,1% (20)	23,9% (7)	P=0.00097

Tableau n°3 : Proportion de sportifs « loisirs » et « haut niveau » en fonction du type de sport pratiqué.

NOMBRE DE COMPETITIONS EFFECTUEES DANS L'ANNEE

➔ *Question 11 : Nombre de compétitions effectuées au cours de l'année 2015 ?*

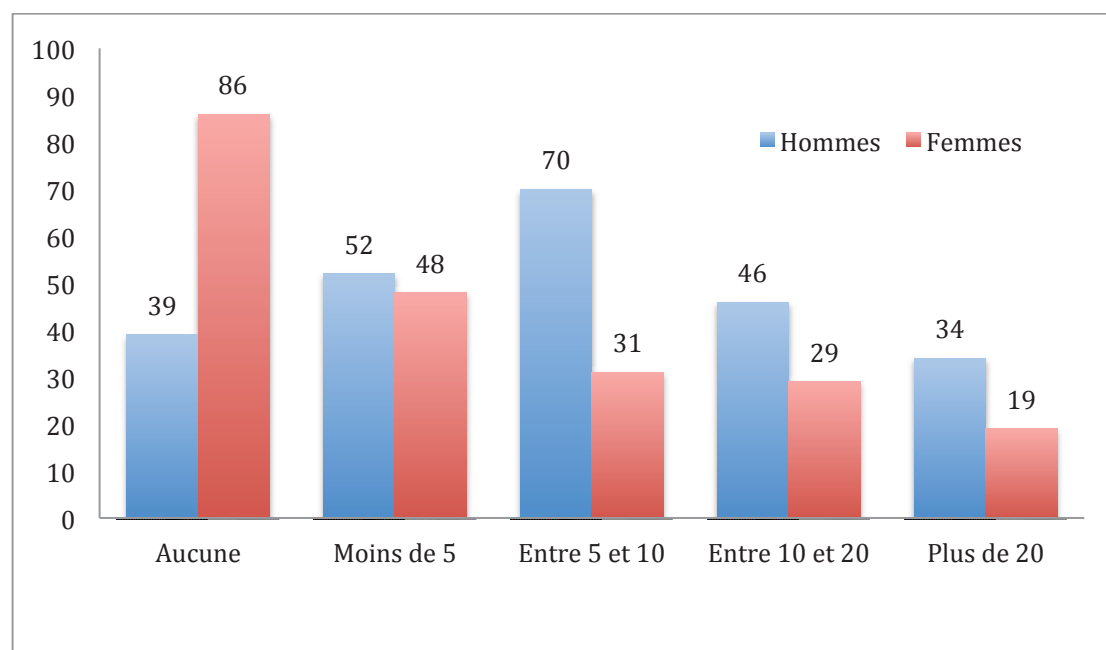


Figure n°12 : Répartition homme/femme selon le nombre de compétitions effectuées au cours de l'année 2015.

27,6% des sportifs n'ont pas réalisé de compétition au cours de l'année 2015.
Parmi ceux ayant participé à des compétitions, une majorité a concouru sur moins de 10 compétitions dans l'année.
11,7% de notre panel a effectué plus de 20 compétitions au cours de l'année 2015 !

III- Tabac

➔ *Question 12 : Au cours de votre vie, avez-vous déjà essayé de fumer ?*

268 personnes ont répondu « oui » à cette question soit 59% de notre panel.

Il n'y a pas de différence significative entre les hommes (58,1% de réponse positive) et les femmes (60,1%) sur le fait d'avoir ou non déjà expérimenté le tabac ($p=0,665$).

De même, il n'y a pas de différence significative entre les groupes « loisirs » et « haut niveau », ni entre les groupes « moins de 10 heures d'entraînement par semaine » et « plus de 10 heures d'entraînement par semaine ».

Par contre, plus de personnes ont déjà essayé de fumer dans le groupe « fitness/musculation » (68%) que dans le groupe « sport individuel » (54,5%) avec $p=0,0195$.

➔ *Question 13 : Concernant le tabac, vous êtes:*

68% des sportifs interrogés sont non-fumeurs, 19% anciens fumeurs et 13% fument.

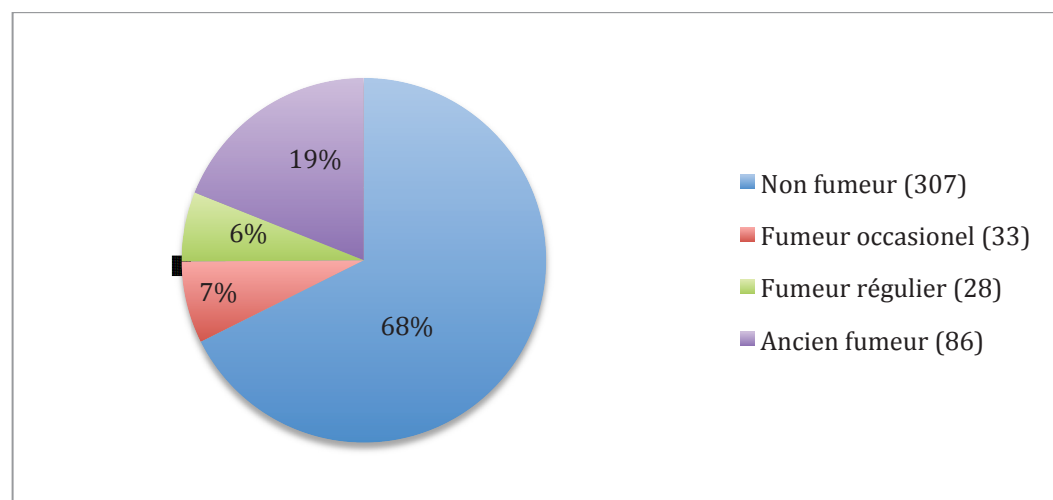


Figure n°13 : Statut tabagique des sportifs interrogés.

68,5% des hommes sont non-fumeurs contre 66,7% des femmes.
23,2% des hommes sont d'anciens fumeurs contre 14,1% des femmes.

Il y a donc plus de fumeurs (fumeurs occasionnels ou réguliers) chez les femmes (19,2%) que chez les hommes (8,3%) avec une valeur de p égale à 0,00064.

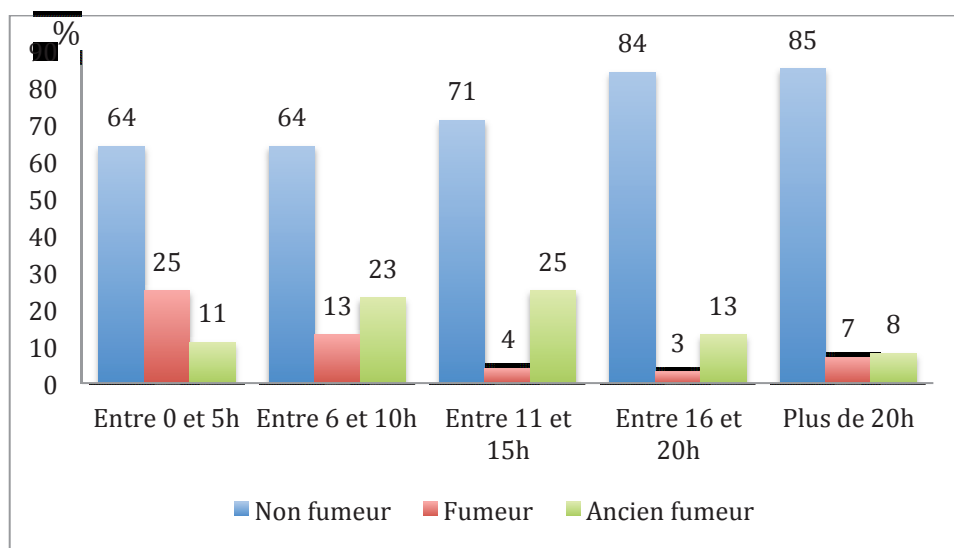


Figure n° 14 : Pourcentage de non-fumeur, fumeur et ancien fumeur en fonction du nombre d'heures d'entraînement par semaine.

Plus le volume de pratique augmente, plus la proportion de non-fumeur augmente.

A titre d'exemple, il y a 64% de non-fumeur chez les « 0-5 heures » d'entraînement contre 85% chez les « plus de 20 heures ».

La proportion de fumeurs est significativement plus importante dans le groupe « moins de 10 heures d'entraînement par semaine » par rapport au groupe « plus de 10 heures d'entraînement par semaine » ($p=0,0006$).

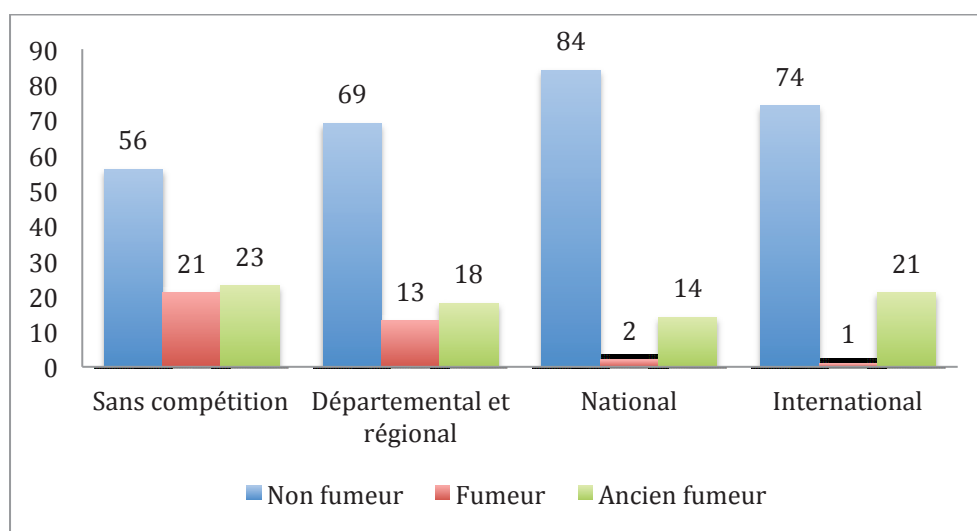


Figure n°15 : Pourcentage de non-fumeur, fumeur et ancien fumeur en fonction du niveau.

La proportion de fumeur est significativement plus importante chez les sportifs du groupe « loisirs » par rapport au groupe « haut niveau » (p inférieur à 0,05).

Il y a moins de fumeur parmi le groupe « sport individuel » que parmi le groupe « sport collectif » ou « fitness/musculation ».

	Fumeurs	Non fumeurs	
Total	13,4% (61)	86,6% (393)	
Hommes	8,3% (20)	91,7% (221)	
Femmes	19,2% (41)	80,8% (172)	P=0,00064
« Loisirs »	16,3% (58)	83,7% (297)	
« Haut niveau »	3% (3)	97% (96)	P= 3,455E-5
0-10h de pratique/semaine	18,1% (55)	81,9% (249)	
Plus de 10 heures De pratique par semaine	4% (6)	96% (144)	P=0,0006
Sports individuels	8,4% (23)	91,6 (252)	
Fitness/musculation	23% (23)	77% (77)	P=0,00013
Sports collectifs	19,2% (10)	80,8% (42)	P=0,017

Tableau n° 4: Réponse à la question 13 en fonction des sous-groupes

➔ *Question 14 : Si vous êtes ancien fumeur, l'arrêt du tabac a-t-il été lié à votre activité sportive ?*

107 personnes ont répondu à cette question. Or, à la question précédente, 86 personnes se sont déclarées « ancien fumeurs ».

Il est probable que certains fumeurs occasionnels ou réguliers ayant déjà arrêté de fumer pendant un moment de leur vie se soient sentis concernés par cette question et aient répondu.

Sur ces 107 personnes, 37 personnes (soit 34,6%) affirment que l'arrêt du tabac a été lié à leur activité sportive.

IV- Alcool

→ *Question 15 : Vous consommez de l'alcool (vin, bière ou tout autre type d'alcool):*

70 personnes déclarent ne jamais consommer d'alcool, 264 occasionnellement, 104 de façon hebdomadaire moins de 4 fois par semaine, 13 de façon hebdomadaire plus de 4 fois par semaine et 3 quotidiennement.

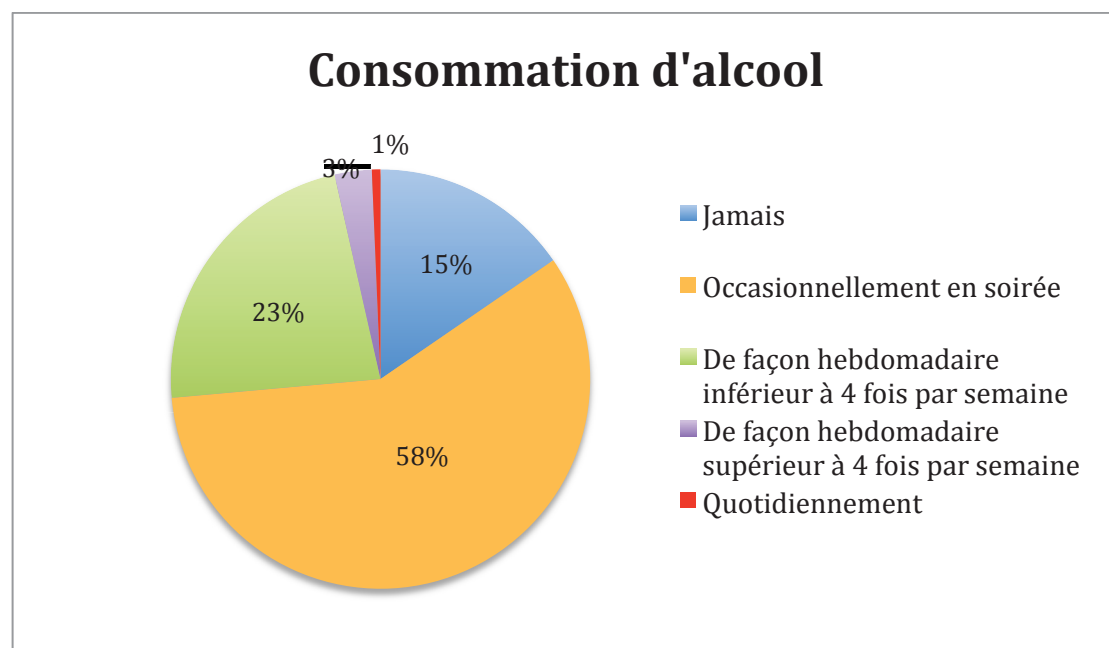


Figure n° 16: Diagramme circulaire représentant la fréquence de consommation d'alcool de notre panel.

Une différence significative apparaît entre les hommes et les femmes ($p=0,0087$). Ces dernières consomment de l'alcool plus souvent « occasionnellement en soirée » ou « jamais » que les hommes.

Cette différence est retrouvée également entre les groupes « loisirs » et « haut niveau » ainsi que les groupes « plus de 10 heures d'entraînement par semaine » et « moins de 10 heures d'entraînement par semaine » (p inférieur à 0,05). La consommation d'alcool est moins fréquente à haut niveau et lorsque les sportifs s'entraînent plus de 10 heures par semaine.

Aucune différence significative n'est démontrée par contre en fonction du type de sport pratiqué.

Consommation d'alcool	De façon hebdomadaire ou quotidienne	Jamais ou occasionnellement en soirée	
Total	26,4% (120)	73,6% (334)	
Hommes	31,5% (76)	68,5% (165)	
Femmes	20,7% (44)	79,3% (169)	P=0,0087
« Loisirs »	28,7% (102)	71,3% (253)	
« Haut niveau »	18,2% (18)	81,8% (81)	P=0,029
0-10h de pratique/semaine	29,6% (90)	70,4% (214)	
Plus de 10 heures de pratique par semaine	20% (30)	80% (120)	P=0,035

Tableau n°5 : Réponse à la question 15 en fonction des sous-groupes.

➔ Question 16 : Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop?

25,3% des personnes interrogées ont déjà eu l'impression de trop boire. Les comparaisons entre sous-groupes ont été réalisées. Les hommes ont déjà eu l'impression de boire trop de façon significativement supérieure aux femmes. En effet, ils ont répondu « oui » à 32% et les femmes à 17,8% ($p=0,00056$). C'est la seule différence significative retrouvée ici.

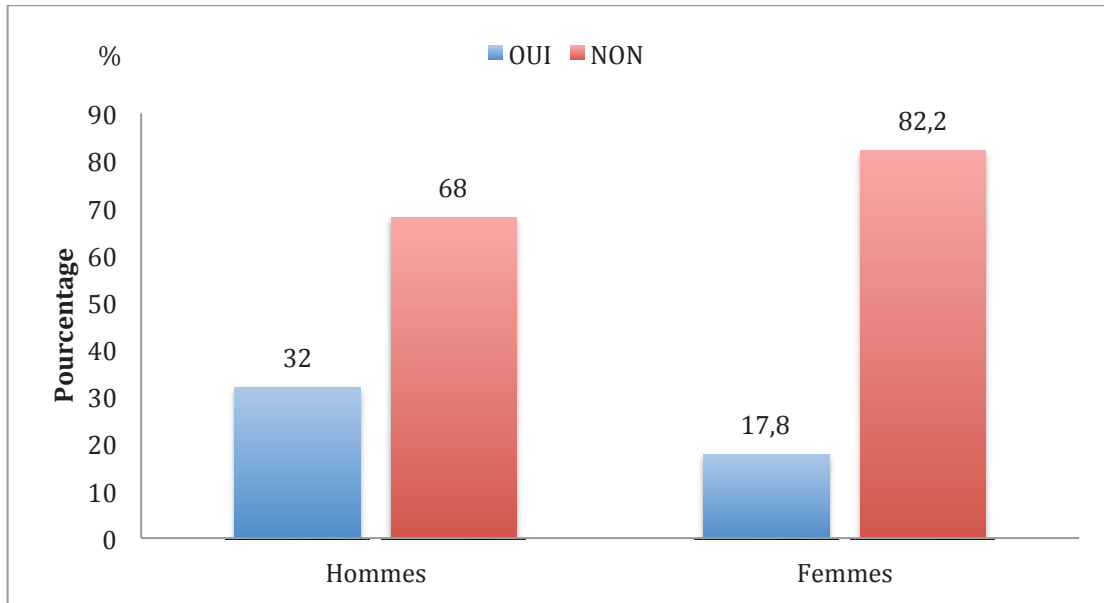


Figure n° 17: Répartition des réponses à la question «Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop?» en fonction du sexe.

➔ *Question 17 : Votre dernière consommation intensive d'alcool (cumul d'au moins 6 verres au cours d'une même occasion de boire):*

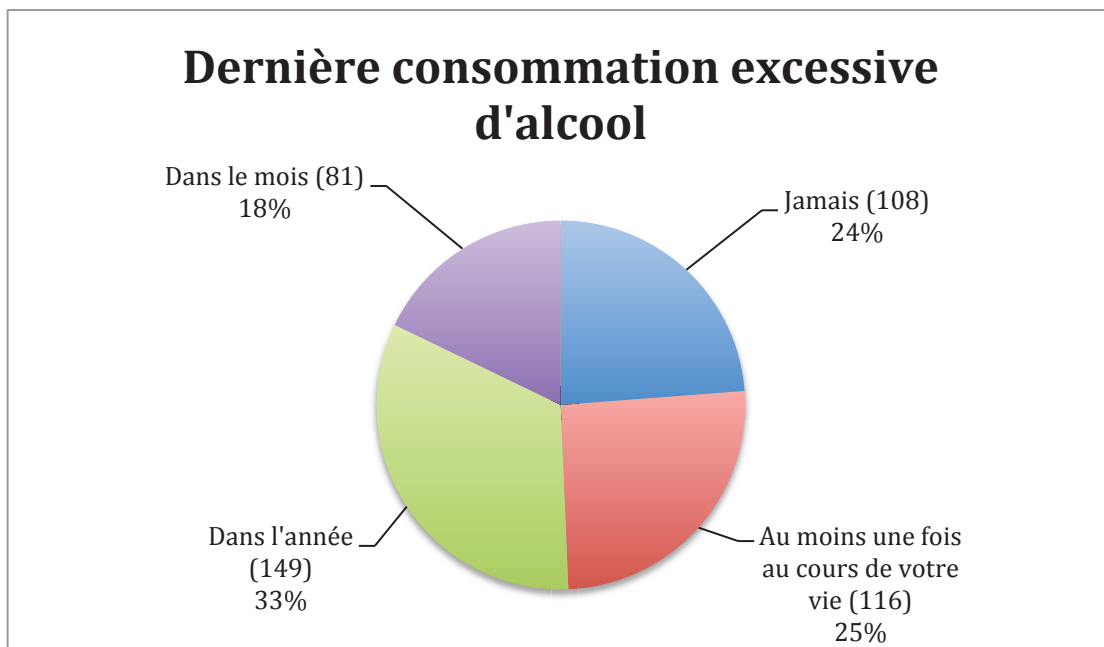


Figure n° 18: Diagramme circulaire représentant la répartition des réponses à la question 17.

24% déclarent ne jamais avoir eu de consommation excessive d'alcool.

Pour 25%, la dernière consommation excessive a eu lieu il y a plus d'un an, pour 33% elle a eu lieu dans l'année et enfin pour 18% celle-ci a eu lieu il y a moins d'un mois.

Concernant la proportion de personnes n'ayant jamais eu de consommation excessive d'alcool, la seule différence significative relevée est celle entre hommes (16,2%) et femmes (32,4%). Il y a plus de femmes n'ayant jamais eu de consommation excessive d'alcool que d'hommes ($p=5,15^{E-5}$).

Concernant la proportion de personnes ayant au moins eu une consommation excessive cette année (dernière consommation excessive « dans l'année » ou « dans le mois »), cette seule et même différence significative est retrouvée ($p=6,11^{E-9}$), plus d'hommes ont eu une consommation excessive dans les 12 derniers mois par rapport aux femmes (63,5% des hommes contre 36,2% des femmes).

Enfin, concernant la proportion de personnes ayant eu leur dernière consommation excessive dans le mois, en plus de la différence hommes/femmes, on peut conclure à une différence entre les sports collectifs et les sports individuels ($p=0,0496$), les sports collectifs et le groupe « fitness/musculation » ($p=0,015$) et entre les sports de duel/affrontement et le groupe « fitness/musculation » ($p=0,026$). Les sportifs pratiquant un sport collectif ont donc plus souvent eu une consommation excessive dans le mois que les sportifs de sport individuel et que ceux du groupe « fitness/musculation » d'une part et les sportifs de sport de duel ont plus souvent eu une consommation excessive dans le mois que ceux pratiquant le fitness ou la musculation d'autre part.

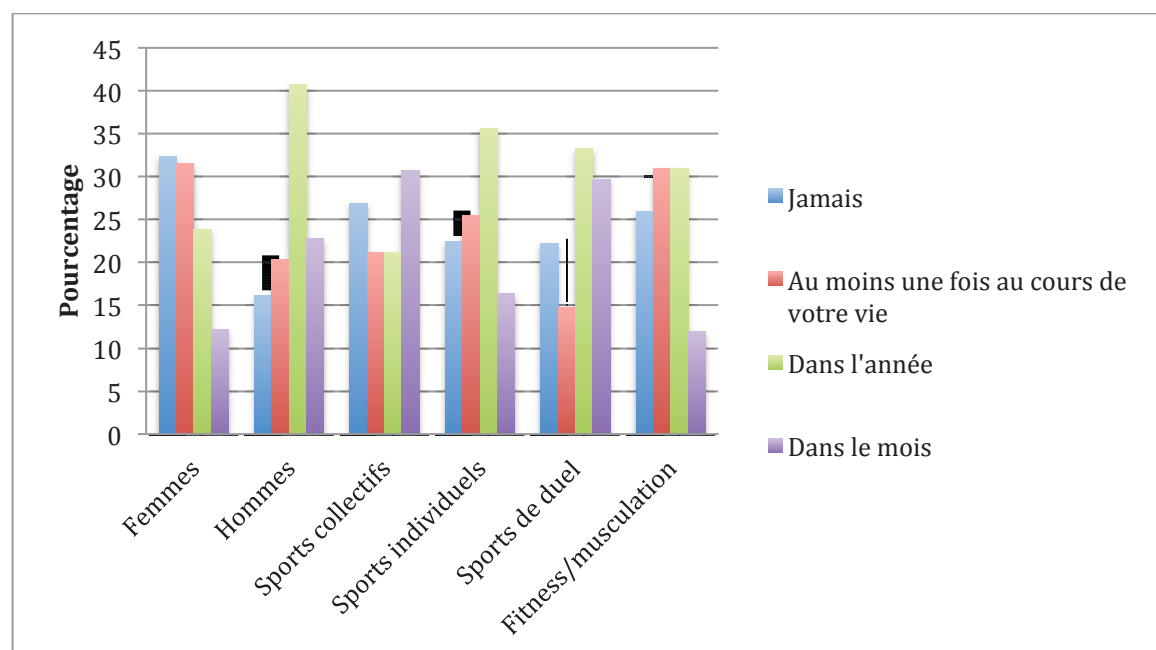


Figure n° 19: Répartition en pourcentage des réponses à la question 17 selon le sexe et le type de sport.

V- Autres substances addictives

→ *Question 18 : Au cours de votre vie, vous avez déjà expérimenté:*

175 personnes ont déjà expérimenté le cannabis soit 38,5% du panel.
31 personnes ont déjà expérimenté une autre substance psychoactive (cocaïne, héroïne, LSD, ecstasy, poppers, crack, amphétamines, champignons hallucinogènes, produits à inhaler...), soit 6,8% du panel.
Enfin, 271 déclarent n'avoir jamais expérimenté ni le cannabis, ni une autre substance psychoactive.

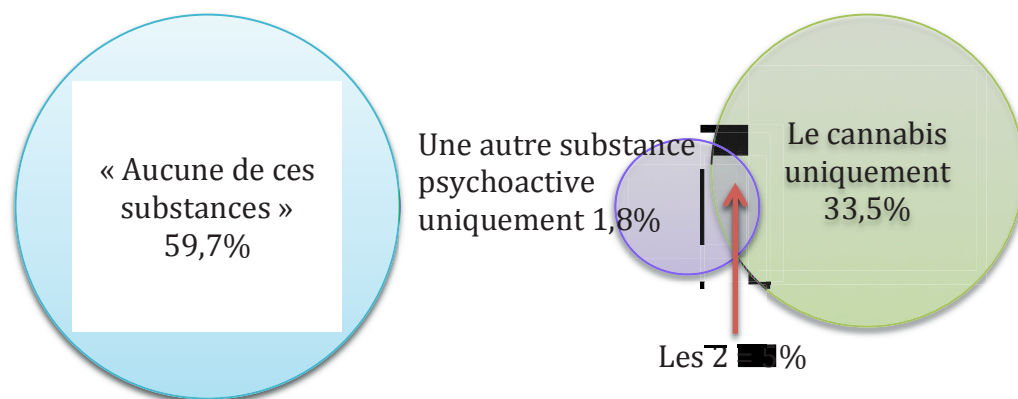


Figure n°20 : Autres substances addictives expérimentées par les sportifs de notre panel.

Aucune différence significative n'est retrouvée concernant le fait d'avoir expérimenté le cannabis ou une autre substance psychoactive entre les sous-groupes.

→ *Question 19 : Au cours des 12 derniers mois, vous avez consommé:*

Les chiffres de la question précédente sont bien plus faibles si on regarde la consommation de l'année : 5,5% des sportifs ont consommé du cannabis dans l'année et 1,1% une autre substance psychoactive (de façon isolée ou non). 0,7% du panel a consommé du cannabis et une autre substance psychoactive.

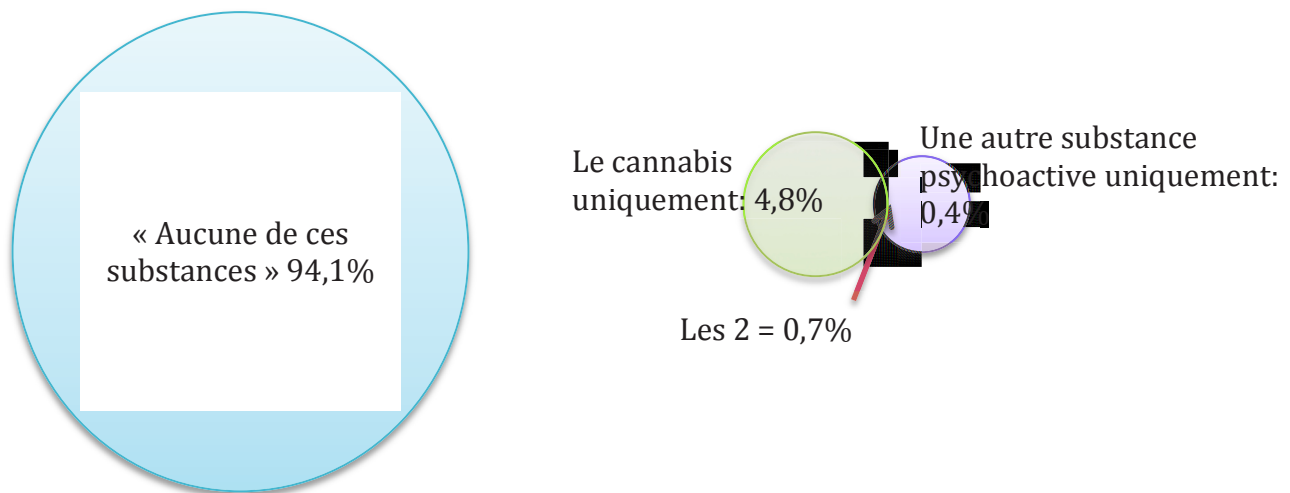


Figure 21 : Autres substances addictives consommées au cours de l'année par les sportifs de notre panel.

Une proportion plus grande de sportifs pratiquant un sport collectif a consommé une substance psychoactive (que ce soit du cannabis, une autre substance psychoactive que du cannabis ou au moins 1 substance psychoactive quelle qu'elle soit) dans l'année en comparaison aux sportifs pratiquant un sport individuel avec $p=0,025$ (consommation de cannabis), $p=0,014$ (consommation d'une autre substance psychoactive que le cannabis) et $p=0,006$ (consommation d'au moins une substance psychoactive quelle qu'elle soit).

VI- Vaccinations

➔ Question 20 : Êtes vous à jour de vos vaccinations ?

92% des sportifs pensent être à jour de leurs vaccinations (68% de manière certaine et 24% sans certitude) tandis que 5% ne pensent pas être à jour, 2% ne le sont pas de manière certaine et 1% ne savent pas.

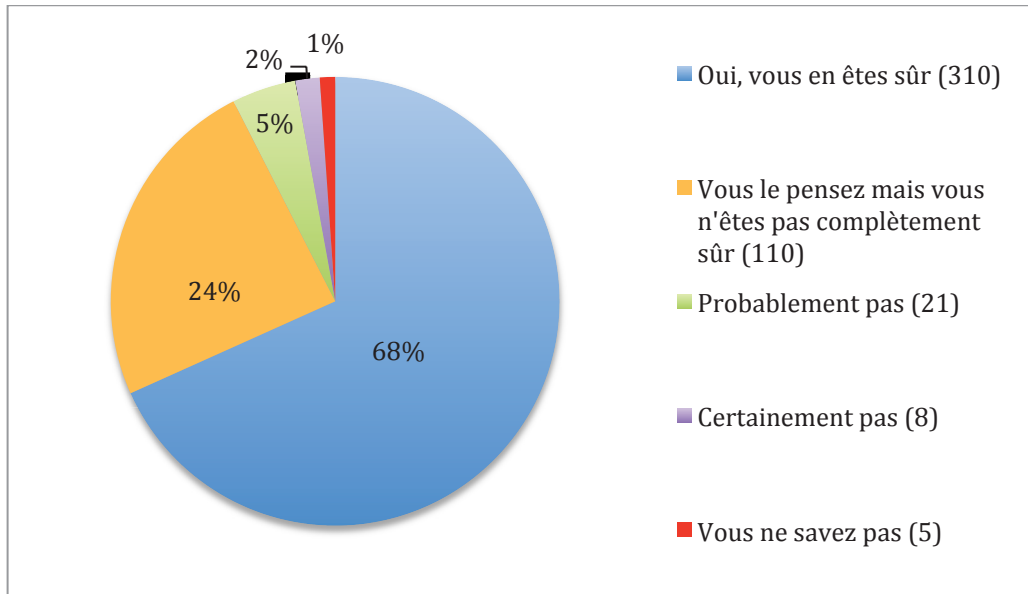


Figure n°22 : Diagramme circulaire de la répartition des réponses à la question 20.

➔ *Question 21 : Êtes vous favorable aux vaccinations en général ?*

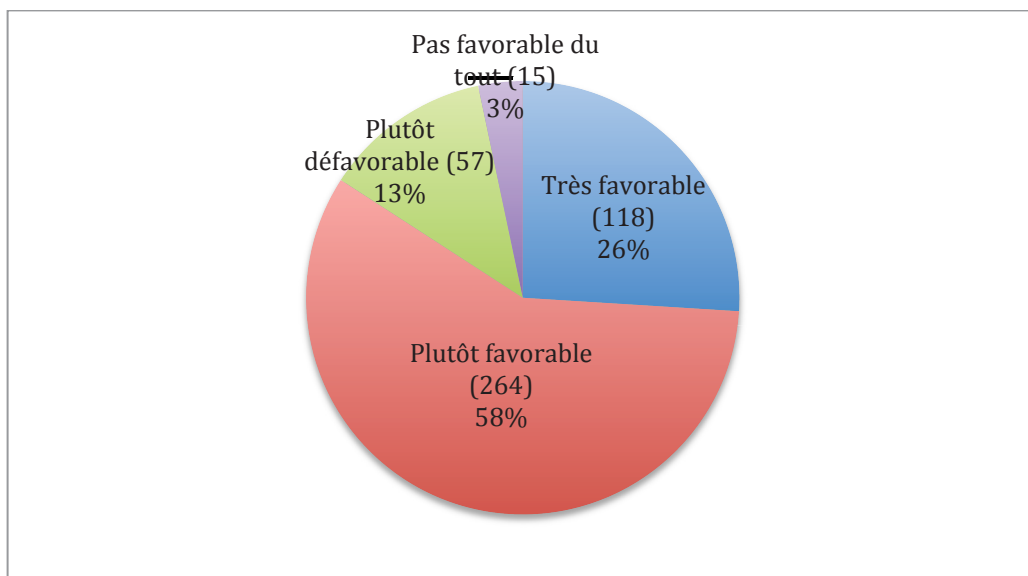


Figure n°23 : Diagramme circulaire de la répartition des réponses à la question 21.

84% des sportifs se disent favorables ou très favorables aux vaccinations. 16% ont donc un avis plutôt négatif sur les vaccinations en général dont une très faible proportion ne se dit pas favorables du tout (3%).

Dans le souhait de vouloir connaître les caractéristiques des personnes « plutôt défavorables » et « pas favorables du tout » pour savoir ensuite vers qui cibler la promotion de la vaccination, nous avons également fait les comparaisons en sous-groupes habituels.

La seule différence qui apparaît est celle entre les sportifs pratiquant un sport collectif qui sont plus souvent favorables aux vaccinations que les sportifs des autres groupes ($p=0,04$). Les taux d'avis négatifs sur la vaccination étaient respectivement de 5,8% dans les sports collectifs, 16,4% dans les sports individuels, 18,5% dans les sports de duel/affrontement et 19% pour le groupe « fitness/musculation ».

VII- Certificat de non contre-indication à la pratique sportive

➔ *Question 22 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous passé une visite médicale de non contre-indication à la pratique de votre sport ?*

352 personnes soit 77,5% ont eu une Visite de Non Contre-Indication à la pratique Sportive (VNCIS) dans les 12 derniers mois.

Il y a donc 22,5% des personnes interrogées qui n'ont pas eu cette visite alors qu'un certificat médical est obligatoire pour l'obtention d'une licence et quasiment demandé systématiquement avant toute inscription dans une salle de sport.

Les sportifs n'ayant pas eu au cours des 12 derniers mois une VNCIS sont plus souvent des femmes, s'entraînent plus souvent moins de 10 heures par semaine et pratiquent plus souvent le fitness ou la musculation qu'un autre sport (p inférieur à 0,05 à chaque fois).

	OUI	NON	
Total	77,4% (352)	22,6% (102)	
Hommes	83,8% (202)	16,2% (39)	
Femmes	70,4% (150)	29,6% (63)	P=0,00064
« Loisirs »	75,8% (269)	24,2% (86)	
« Haut niveau »	83,8% (83)	16,2% (16)	P=0,089
0-10h de pratique/semaine	73% (222)	27% (82)	
Plus de 10 heures De pratique par semaine	86,7% (130)	13,3% (20)	P=0,001
Fitness/musculation	56% (56)	44% (44)	
Sport individuel	84,4% (232)	15,6% (43)	P=8,7 E-9
Sport collectif	82,7% (43)	17,3% (9)	P=0,001
Sport de duel/affrontement	77,8% (21)	22,2% (6)	P=0,04

Tableau n° 6: Réponse à la question 22 en fonction des sous-groupes.

➔ *Question 23 : Celle-ci comprenait :*

95 sportifs ont répondu être non concernés par cette question. On observe un écart avec les 102 personnes qui ont répondu « non » à la question précédente et il y a donc 7 personnes qui ont répondu ne pas avoir eu de VNCIS dans les 12 derniers mois mais qui ont quand même répondu à cette question.

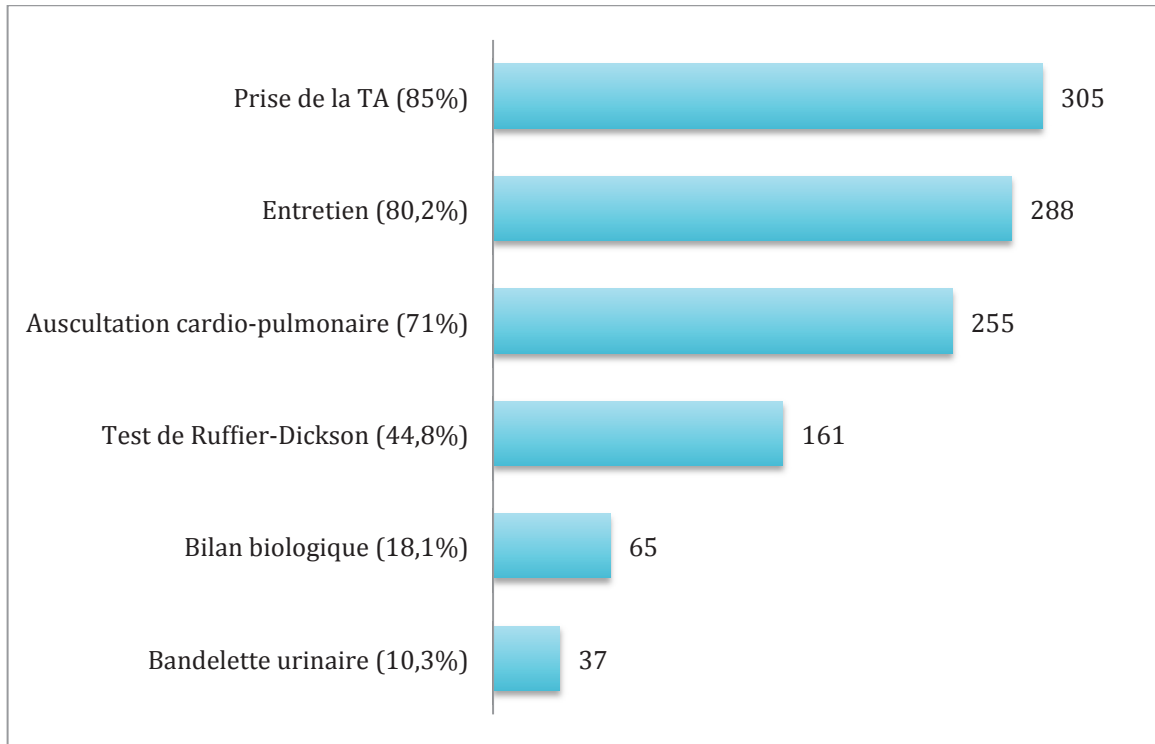


Figure n°24 : Réponses à la question 23 parmi les concernés.

Le contenu de cette visite comprenait au moins une mesure de la tension artérielle dans 85% des cas, au moins un entretien dans 80,2% des cas et au moins une auscultation cardio-pulmonaire dans 71% des cas.

Le test de Ruffier-Dickson a été réalisé lors de 44,8% des consultations de non contre-indication à la pratique sportive.

➔ Question 24 : Avez-vous déjà passé un ECG de repos ?

Les sportifs ont répondu « oui » à 52,2%. Ceux ayant déjà passé un ECG de repos l'ont passé dans les 5 dernières années pour 78,1% d'entre eux.

Avez-vous déjà passé un ECG de repos?

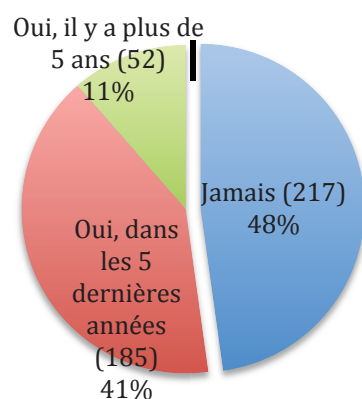


Figure n° 25: Diagramme circulaire des réponses à la question 24.

Au moins un ECG au cours de leur vie

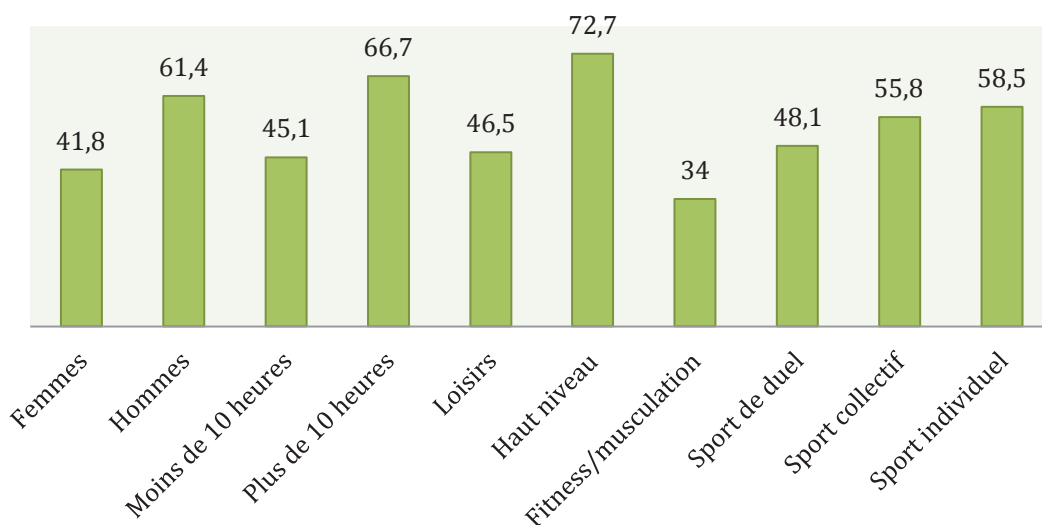


Figure n° 26: Pourcentage des sportifs ayant déjà eu un ECG au cours de leur vie en fonction des sous-groupes.

Plus d'hommes ont déjà eu un ECG dans leur vie que de femmes ($p=2,94E-5$). Une différence statistiquement significative est également observée entre le groupe « moins de 10 heures » et « plus de 10 heures d'entraînement par semaine » ($p=1,46E-5$) et entre le groupe «loisirs» vs «haut niveau» ($P=3,77E-6$). Enfin, les sportifs du groupe «fitness/musculation » ont moins souvent eu au cours de leur vie un ECG que les sportifs de sport individuel ou collectif ($p=2,58E-5$ et $p=0,0097$).

ECG ?	Au moins 1 fois dans la vie	Jamais	
Total	52,2% (237)	47,8% (217)	
Hommes	61,4% (148)	38,6% (93)	
Femmes	41,8% (89)	58,2% (124)	P=2,94^{E-5}
« Loisirs »	46,5% (165)	53,5% (190)	
« Haut niveau »	72,7% (72)	27,3% (27)	P=3,77^{E-6}
0-10h de pratique/semaine	45,1% (137)	54,9% (167)	
Plus de 10 heures de pratique par semaine	66,7% (100)	33,3% (50)	P=1,46^{E-5}
Fitness/musculation	34% (34)	66% (66)	
Sport individuel	58,5% (161)	41,5% (114)	P=2,58^{E-5}
Sport collectif	55,8% (29)	44,2% (23)	P=0,0097

Tableau n° 7: Réponse à la question 24 en fonction des sous-groupes.

Les résultats sont similaires en comparant les personnes ayant passé un ECG dans les 5 dernières années vs les autres («Jamais» ou «Il y a plus de 5 ans»).

➔ Question 25: Si oui dans quel cadre?

Parmi les 237 réponses positives, en 1ère position, on retrouve le suivi obligatoire du sportif de haut niveau (24,9%), puis la proposition du médecin généraliste (24,5%), la demande personnelle (19,8%) et la proposition du médecin du sport (14,8%).

Les autres réponses, que nous n'avions pas proposées, ont été: médecine du travail, symptôme cardiaque (regroupant HTA, suivi cardiologique, malaise à l'effort, tachycardie...), opération/hospitalisation et assurance/prêt.

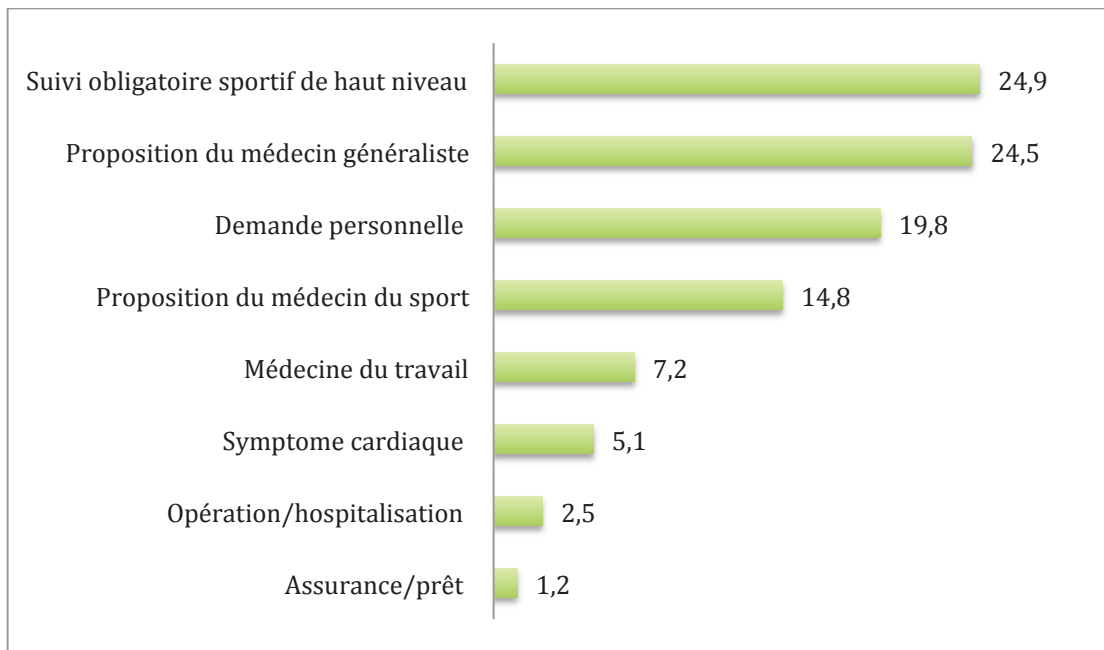


Figure n°27 : Motif de réalisation de l'ECG en pourcentage.

➔ *Question 26 : Avez-vous déjà passé un bilan cardiologique plus complet (épreuve d'effort, échographie cardiaque...)?*

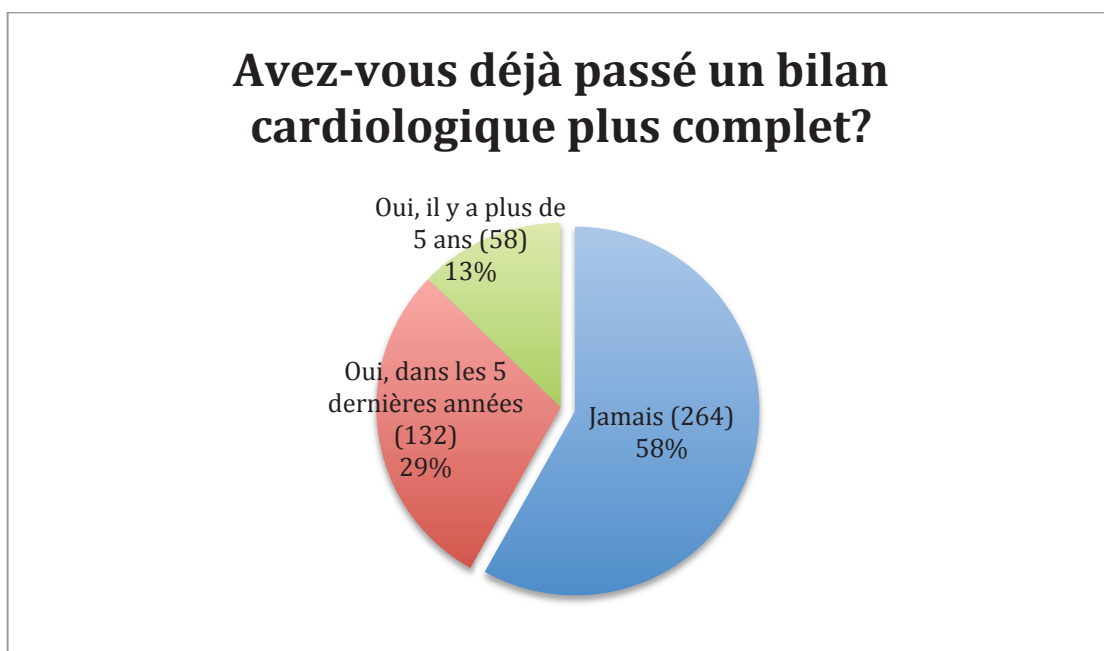


Figure n° 28: Diagramme circulaire des réponses à la question 26.

41,9% des sportifs ont passé au cours de leur vie un bilan cardiologique plus complet. Celui-ci a eu lieu dans les 5 dernières années pour 69,5% d'entre eux.

On retrouve ici les mêmes différences statistiquement significatives entre les différents groupes que dans la question : « Au cours de votre vie, avez-vous déjà passé un ECG de repos ? ».

Bilan cardiologique plus complet ?	Au moins 1 fois dans la vie	Jamais	
Total	41,9% (190)	58,1% (264)	
Hommes	52,3% (126)	47,7% (115)	
Femmes	30% (64)	70% (149)	P=1,65^{E-6}
« Loisirs »	34,4% (122)	65,6% (233)	
« Haut niveau »	68,7% (68)	31,3% (31)	P=9,29^{E-10}
0-10h de pratique/semaine	32,6% (99)	67,4% (205)	
Plus de 10 heures de pratique par semaine	60,7% (91)	39,3% (59)	P=1,14^{E-8}
Fitness/musculation	13% (13)	87% (87)	
Sport individuel	51,3% (141)	48,7% (134)	P=2,7^{E-11}
Sport collectif	46,2% (24)	53,8% (28)	P=6,22^{E-6}
Sport de duel/affrontement	44,4% (12)	55,6% (15)	P=0,00027

Tableau n° 8: Réponse à la question 26 en fonction des sous-groupes.

VIII- Alimentation

➔ Question 27 : *Faites-vous attention à votre alimentation ?*

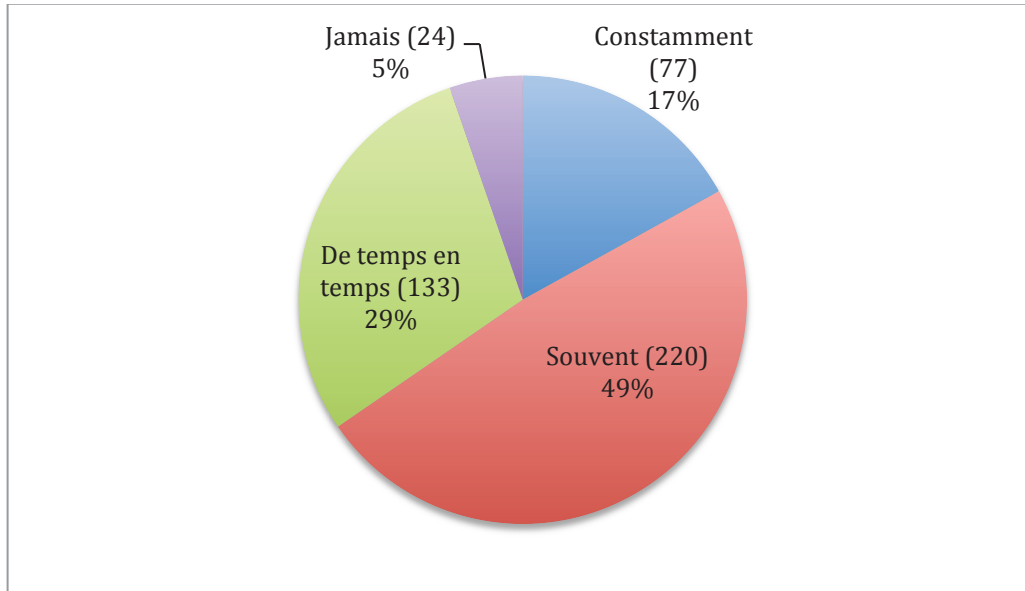


Figure n° 29: Diagramme circulaire de la répartition des réponses à la question 27.

Un nombre important de sportifs dit faire fréquemment attention à son alimentation, en effet, si on rassemble ceux ayant répondu « souvent » et « constamment », on obtient 66% de notre panel (dont 17% admettent y faire attention constamment !).

Seul 5% disent ne jamais faire attention à leur alimentation.

On n'observe pas de différence significative entre hommes et femmes concernant le fait de faire attention régulièrement ou non à son alimentation. Il en est de même entre les sportifs du groupe « loisirs » et « haut niveau ».

Cependant, une différence significative existe entre les sportifs pratiquant moins de 10 heures par semaine et ceux pratiquant plus de 10 heures par semaine ($p=0,0006$). Ces derniers font plus souvent attention à leur alimentation (76,7% ont répondu « souvent » ou « constamment » à la question contre 60,5% chez ceux pratiquant moins de 10 heures par semaine).

Si on compare les différents types de sport, les personnes pratiquant du fitness ou de la musculation font plus attention à leur alimentation que ceux pratiquant un sport individuel ($p=0,029$) ou un sport collectif ($p=0,0035$).

Faites vous attention à votre alimentation ?	« Jamais » ou « De temps en temps »	« Souvent » ou « Constamment »	
Total	34,6% (157)	65,4% (297)	
Femmes	30% (64)	70% (149)	
Hommes	38,6% (93)	61,4% (148)	P=0,056
« Loisirs »	56,4% (128)	43,6% (227)	
« Haut niveau »	29,3% (29)	70,7% (70)	P=0,21
0-10h de pratique/semaine	39,5% (120)	60,5% (184)	
Plus de 10 heures de pratique par semaine	23,3% (35)	76,7% (115)	P=0,0006
Fitness/musculation	24% (24)	76% (76)	
Sports individuels	36% (99)	64% (176)	P=0,029
Sports collectifs	48,1% (25)	51,9% (28)	P=0,0035

Tableau n° 9: Attention portée à l'alimentation en fonction des sous-groupes.

➔ Question 28 : Suivez-vous un régime alimentaire particulier?

395 personnes ont répondu ne pas suivre de régime alimentaire soit 87% de la population.

Parmi ceux (59) qui suivent un/des régime(s) particulier(s), 15 soit 25,4% suivent au moins 2 régimes différents.

REGIME	Nombre de personnes effectuant ce régime
Sans lactose	18
Amaigrissant	17
Sans gluten	14
Hyper-protéiné	12
Paléolithique	6
Végétarien	5
Végétalien	2
Chrononutrition	1
Montignac	1

Tableau n°10 : Régimes suivis par les sportifs de l'étude.

Quelques définitions :

Régime paléolithique (10)(11): Il correspond à ce que les premiers humains mangeaient spontanément, de façon naturelle. Il supprime deux des quatre grands groupes d'aliments, soit les produits laitiers et les céréales (dont le pain). Tous les produits transformés sont interdits. Les protéines sont consommées en plus grande quantité.

Régime de Montignac (12)(11) : Régime amaigrissant, c'est une variante du régime dissocié. Il est interdit de consommer conjointement graisses et sucres et les aliments contenant du sucre sont mis sous très haute surveillance (en fonction de leur index glycémique).

Chrononutrition (13)(11): Mis au point par le Dr Delabos, mode d'alimentation adapté à l'horloge biologique des individus. Tout aliment est bon pour l'organisme à condition de le manger au bon moment de la journée et en bonne quantité.

Si on compare les sportifs suivant au moins 1 régime alimentaire particulier vs ceux ne suivant aucun régime, on n'observe pas de différence significative entre les hommes et les femmes, le groupe « loisirs » et « haut niveau », ni entre les groupes « moins de 10 heures d'entraînement par semaine » et « plus de 10 heures d'entraînement par semaine ».

La seule différence statistiquement significative concerne les sportifs du groupe « fitness/musculation » qui suivent plus souvent un régime alimentaire spécifique (24% d'entre eux) que les sportifs pratiquant un sport individuel (9,8% d'entre eux, $p=0,0004$) ou un sport collectif (9,6% d'entre eux, $p=0,032$).

➔ *Question 29 : Utilisez-vous des compléments alimentaires (protéines, vitamines, oligo-éléments, autres...) ?*

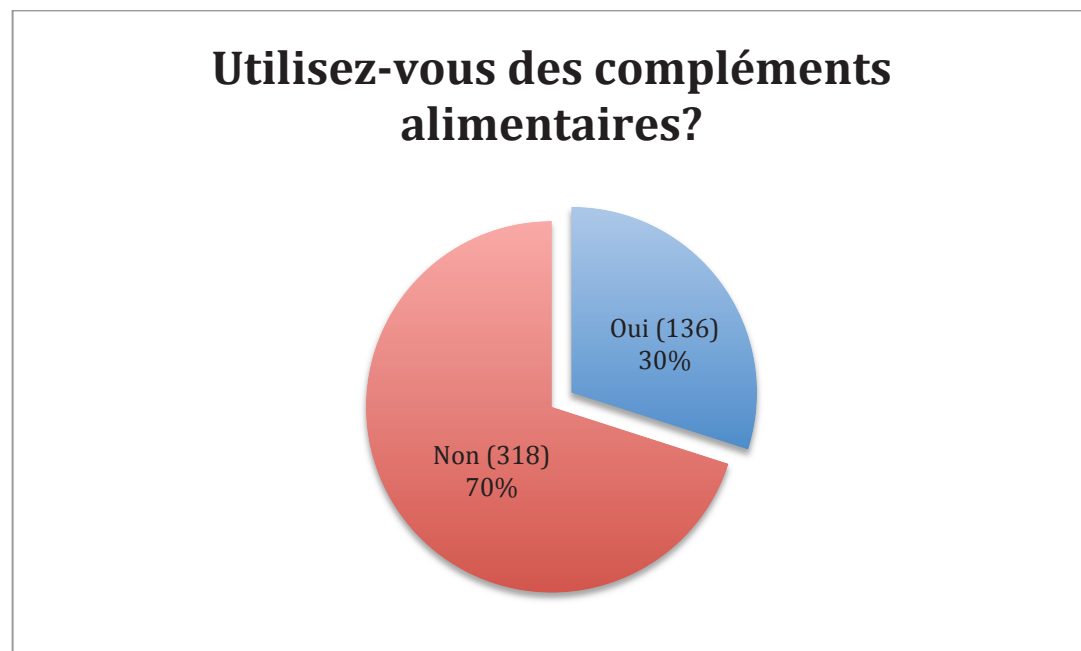


Figure n° 30: Répartition des réponses à la question 29.

30% de notre population d'étude consomment des compléments alimentaires quels qu'ils soient.

Tout comme pour la question « Faites-vous attention à votre alimentation ? », on observe une différence significative entre les personnes s'entraînant plus ou moins de 10 heures par semaine sur l'utilisation de complément alimentaire ($p = 0,00047$). En effet, 24,7% des sportifs pratiquant moins de 10 heures utilisent des compléments contre 40,7% des personnes s'entraînant plus de 10 heures par semaine.

On observe cependant, en plus ici, une différence significative sur la proportion de personnes utilisant des compléments selon le niveau ($p = 1.68E-5$). 47% des sportifs du groupe « haut niveau » en utilisent contre 33,4% dans le groupe « loisirs ».

Les sportifs pratiquant un sport de duel/affrontement consomment moins souvent des compléments alimentaires que ceux pratiquant un sport individuel ou du fitness ou de la musculation ($p = 0,027$ et $p = 0,03$).

Compléments alimentaires ?	OUI	NON	
Total	30% (136)	70% (318)	
Femmes	27,2% (58)	73,8% (155)	
Hommes	32,4% (78)	67,6% (163)	P=0,23
« Loisirs »	25,1% (89)	74,9% (266)	
« Haut niveau »	47,5% (47)	52,5% (52)	P=1,68 ^{E-5}
0-10h de pratique/semaine	24,7% (75)	75,3% (229)	
Plus de 10 heures de pratique par semaine	40,7% (61)	59,3% (89)	P=0,00047
Duel/Affrontement	11,1% (3)	88,9% (24)	
Sports individuels	32% (88)	68% (187)	P=0,03
Fitness/Musculation	34% (34)	66% (66)	P=0,027

Tableau n° 11: Utilisation des compléments alimentaires selon les sous-groupes.

IX- Sommeil

➔ Question 30: Êtes-vous satisfait de votre sommeil?

À la question: « Êtes-vous satisfait de votre sommeil ? », les sportifs ont répondu être satisfaits de leur sommeil à 37,9% et 11% en sont très satisfaits.
À l'inverse, 22,2% se disent « pas satisfaits » ou « pas du tout satisfaits » par leur sommeil.

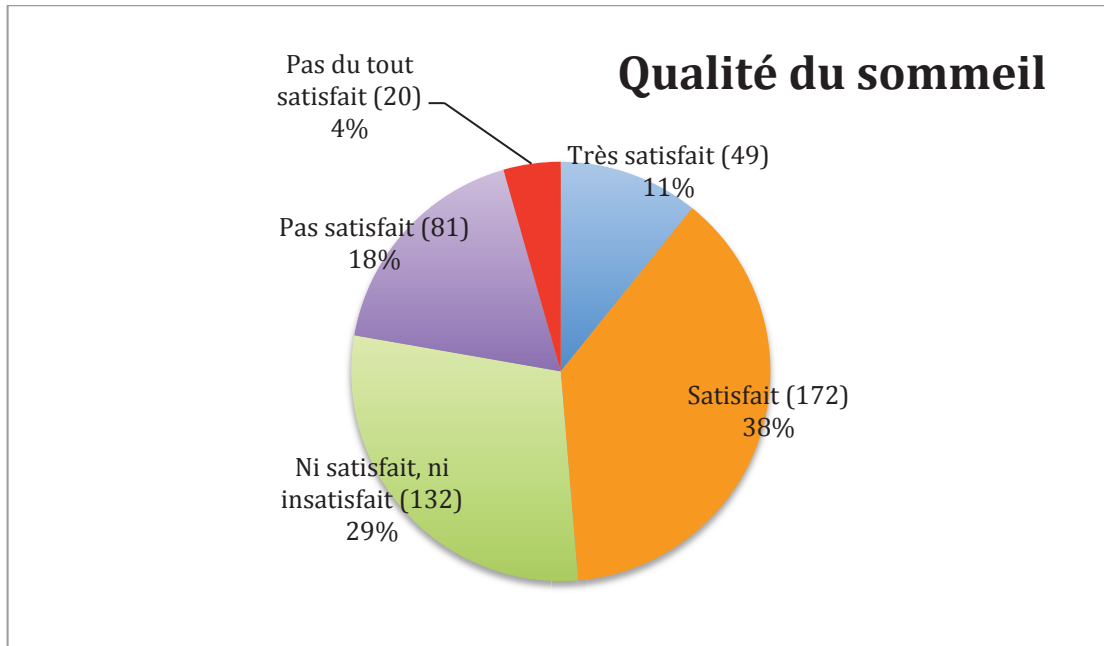


Figure n° 31: Perception par les sportifs assidus de la qualité de leur sommeil.

Aucune différence significative n'est observée entre les différents sous-groupes pour la proportion de sportifs « pas satisfaits » ou « pas du tout satisfaits » par leur sommeil.

X- Dopage

➔ *Question 31 : Avez-vous déjà pris des substances dopantes volontairement ?*

Seule 1 personne a admis avoir pris des substances dopantes volontairement. Cette unique réponse ne nous permet pas de réaliser des statistiques entre les différents sous-groupes.

→ *Question 32 : Vérifiez-vous le contenu des médicaments que vous consommez ?*

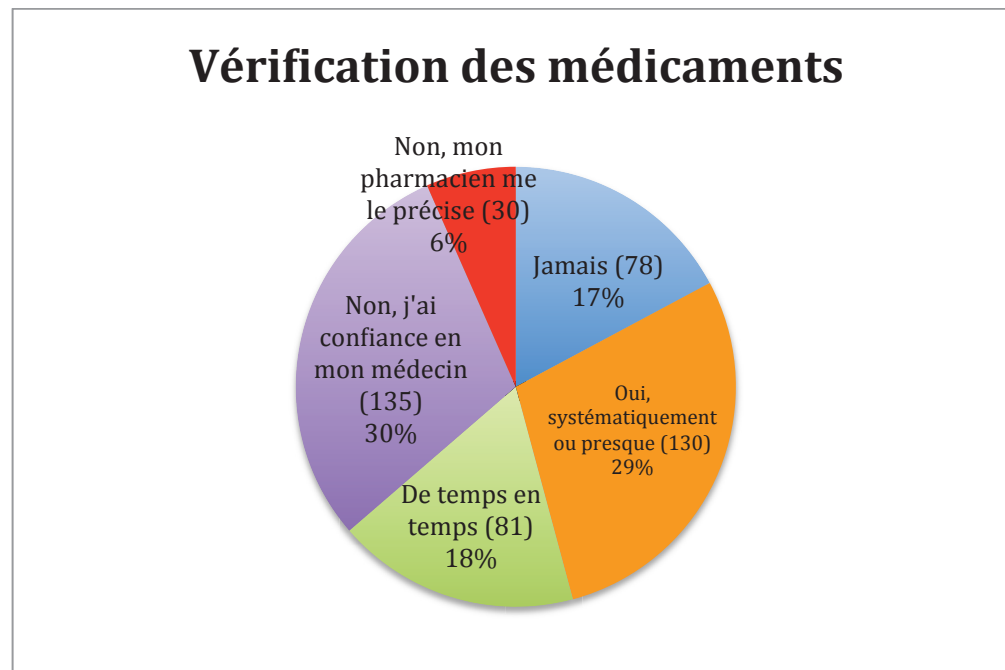


Figure n°32 : Diagramme circulaire représentant la répartition des réponses à la question 32.

29% des personnes interrogées déclarent vérifier systématiquement ou presque leurs médicaments. 18% le font de temps en temps et plus de la moitié (53%) déclarent ne pas vérifier.

XI- Vision de soi

→ *Question 33 : Comment vous trouvez-vous ?*

La majorité des sportifs de notre étude se trouve à peu près du bon poids (60,6%).

30% se trouvent un peu trop gros(es) et 7,2% un peu trop maigres.

Pour les extrêmes, 2,2% se trouvent beaucoup trop gros(es) mais aucun n'a répondu se considérer beaucoup trop maigre.

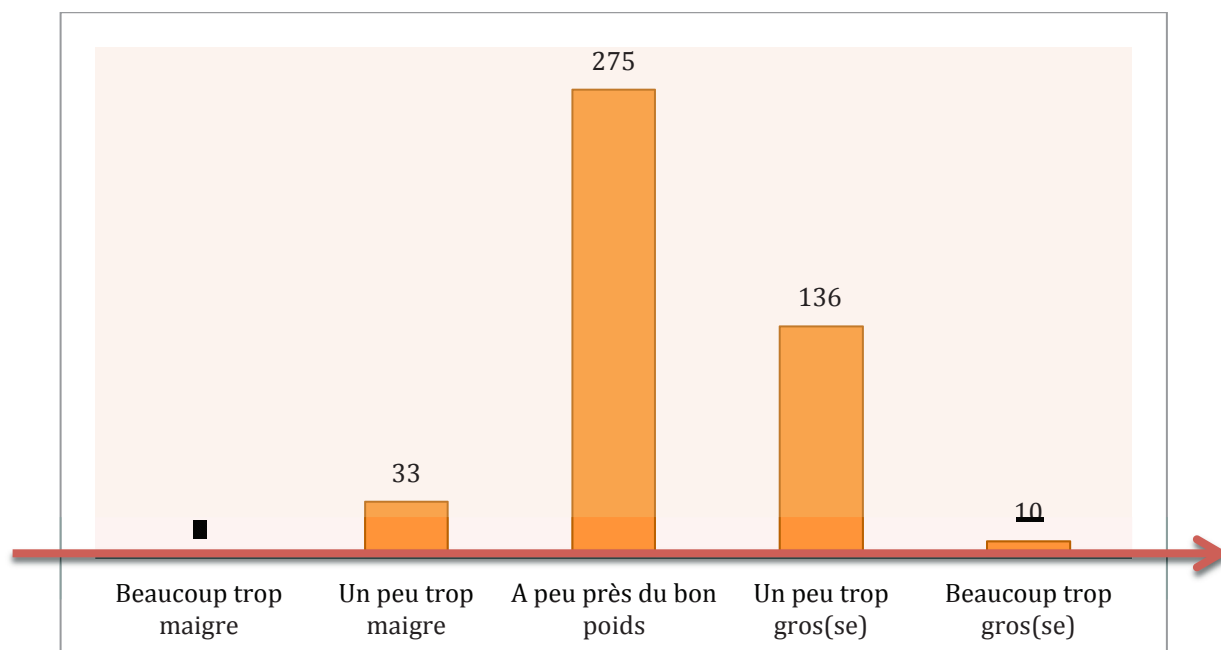


Figure n° 33: Répartition des réponses à la question 33.

→ Question 34 : Comment trouvez-vous votre santé ?

Une très large majorité a une bonne perception de leur santé, en effet, seuls 13 d'entre eux (soit 2,9%) ont déclaré trouver leur santé mauvaise ou médiocre. Ils se considèrent en bonne santé pour 44,7%, en très bonne santé pour 42,3% et en excellente santé pour 10,1% d'entre eux.

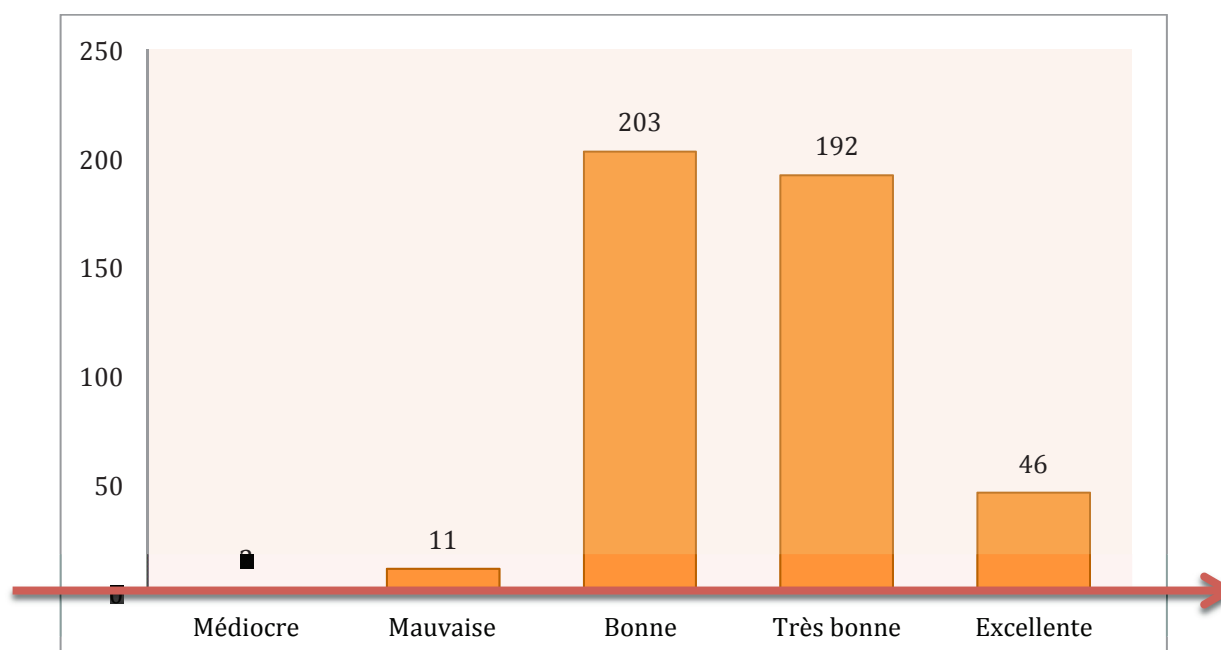


Figure n°34 : Répartition des réponses à la question 34.

XII- Santé mentale

➔ *Question 35 : Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période, d'au moins deux semaines consécutives, pendant laquelle vous vous sentiez triste et déprimé(e)?*

41,4% des sportifs ont répondu « oui » à cette question.

Une différence significative est observée entre les sportifs « loisirs » et « haut niveau ». En effet, les sportifs de « haut niveau » ont plus souvent répondu « non » que ceux du groupe « loisirs ».

On n'observe pas par contre de différence significative dans la réponse entre les hommes et les femmes, ni entre les sportifs s'entraînant plus ou moins de 10 heures par semaine, ni en fonction du type de sport pratiqué ($p > 0,05$ pour toutes les comparaisons réalisées).

	OUI	NON	
Total	41,4% (188)	58,6% (266)	
Femmes	46% (98)	54% (115)	
Hommes	37,3% (90)	62,7% (151)	P=0,06
Moins de 10 heures de pratique par semaine	42,4% (129)	57,6% (175)	
Plus de 10 heures par semaine	39,3% (59)	60,7% (91)	P=0,53
« Haut niveau »	31,3% (31)	68,7% (68)	
« Loisirs »	44,2% (157)	55,8% (198)	P=0,02
Sports collectifs	40,4% (21)	59,6% (31)	P supérieur à 0,05
Sports individuels	40,4% (111)	59,6% (164)	
Sports de duel	55,6% (15)	44,4% (12)	
Fitness/Musculation	41% (41)	59% (59)	

Tableau n°12 : Réponse à la question 35 en fonction des sous-groupes.

XIII- Consommation de soins

➔ *Question 36 : Combien de fois avez-vous consulté votre médecin généraliste au cours des 12 derniers mois?*

Les sportifs de notre étude ont consulté leur médecin généraliste 1 à 2 fois au cours des 12 derniers mois dans la majorité des cas (56%).
25% l'ont consulté 3 à 4 fois et 12% 5 fois ou plus.
Enfin, 7% n'ont pas du tout été consulté leur médecin généraliste dans les 12 derniers mois.

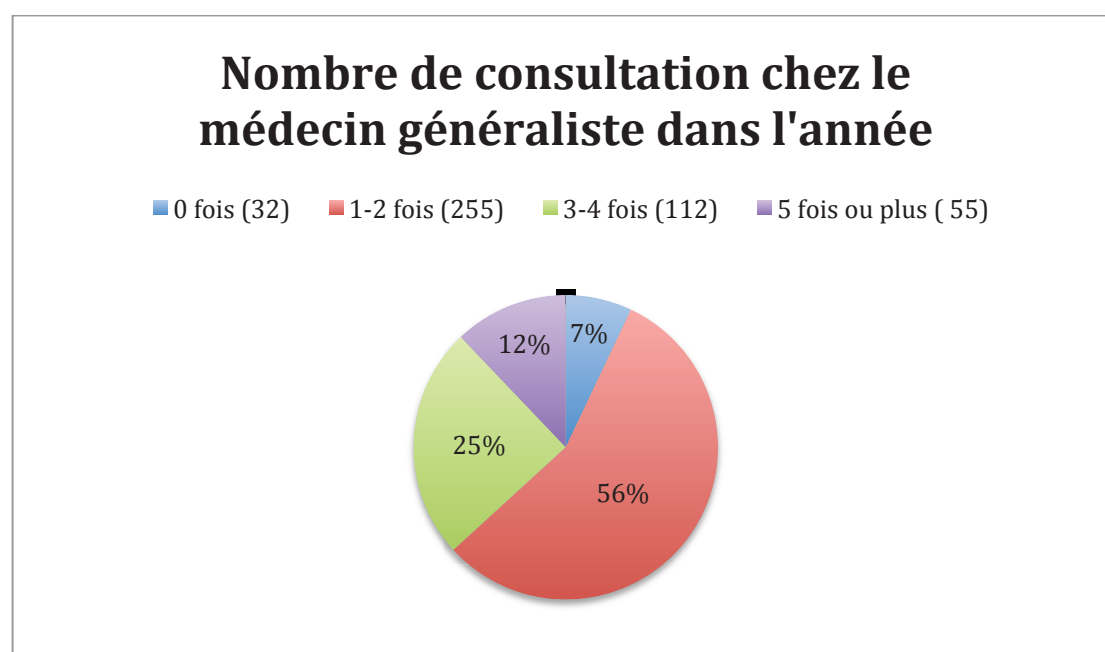


Figure n°35 : Diagramme circulaire des réponses à la question 36.

➔ *Question 37 : Votre médecin généraliste est-il médecin du sport ?*

31,3% des personnes interrogées ont un médecin du sport pour médecin traitant.
36,9% des hommes ont pour médecin généraliste un médecin du sport contre 24,9% des femmes ($p=0,006$).

Les sportifs s'entraînant plus de 10 heures par semaine ont également plus souvent recours à un médecin généraliste médecin du sport que ceux s'entraînant moins de 10 heures par semaine ($p=0,005$).

Le niveau joue également puisqu'une différence a été mise en évidence entre les sportifs du groupe « haut niveau », qui ont plus souvent un médecin du sport comme médecin généraliste que ceux du groupe « loisirs » ($p=0,049$).

Enfin, ceux pratiquant un sport individuel ont répondu plus souvent « oui » que ceux pratiquant le fitness ou la musculation ($p=0,03$).

Votre médecin traitant est-il médecin du sport ?	OUI	NON	
Total	31,3% (142)	68,7% (312)	
Femmes	24,9% (53)	75,1% (160)	
Hommes	36,9% (89)	63,1% (152)	P=0,006
« Loisirs »	29% (103)	71% (252)	
« Haut niveau »	39,4% (39)	60,6% (60)	P=0,049
0-10h de pratique par semaine	27% (82)	73% (222)	
Plus de 10 heures De pratique par semaine	40% (60)	60% (90)	P=0,005
Fitness/Musculation	23% (23)	77% (77)	
Sports individuels	34,5% (95)	65,5% (180)	P=0,03

Tableau n°13 : Réponse à la question 37 en fonction des sous-groupes.

➔ *Question 38 : Au cours des 12 derniers mois, vous avez eu recours à :*

130 personnes soit 28,6% de la population n'a eu recours à aucune des professions paramédicales proposées au cours des 12 derniers mois.

145 personnes ont vu 1 seul de ces professionnels (31,9%) et 179 en ont vu au moins 2 (39,4%).

Les pourcentages retrouvés sont les suivants (par ordre décroissant) :

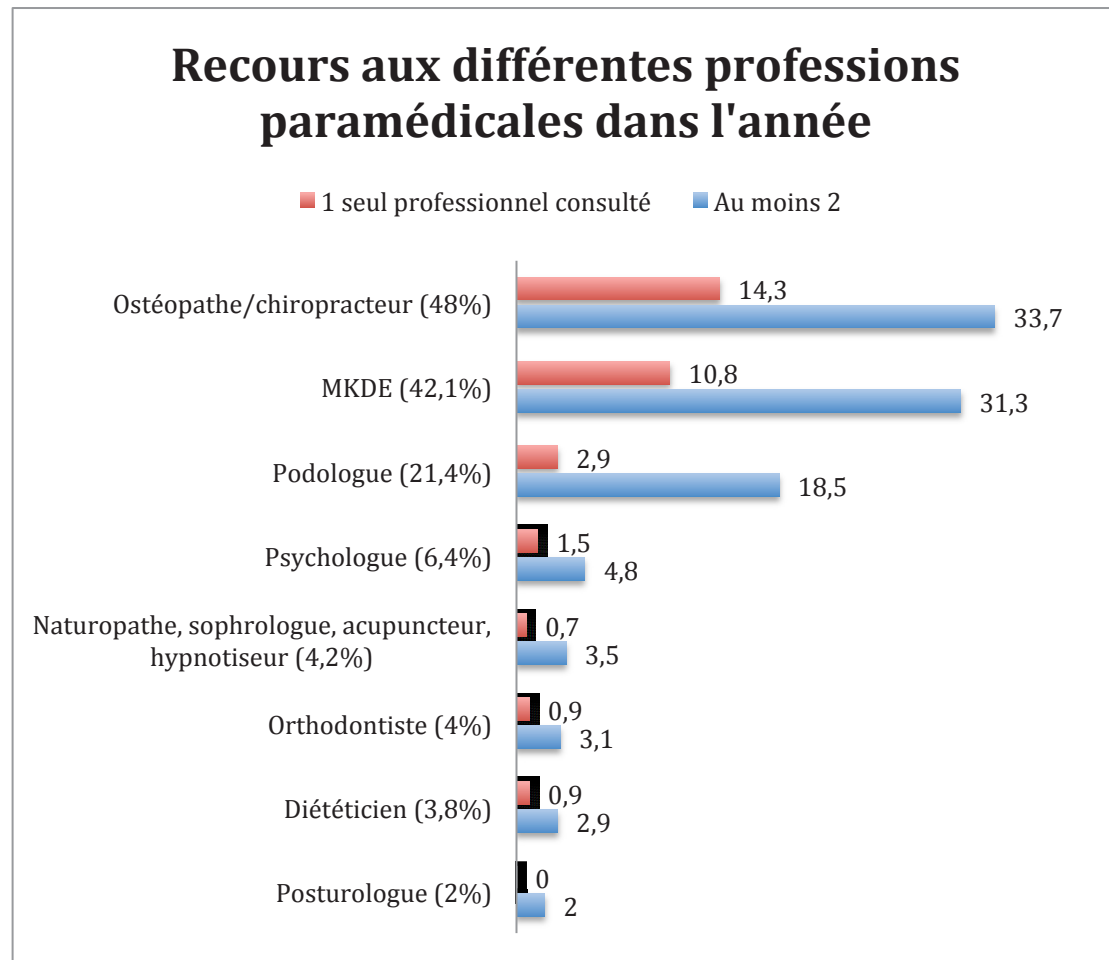


Figure n° 36: Pourcentages de recours aux différents professionnels de santé proposés au cours des 12 derniers mois.

Pour chaque groupe de professions paramédicales, nous avons scindé le groupe entre ceux ayant uniquement vu ce professionnel et ceux ayant vu ce professionnel et au moins 1 autre de notre liste.

Ce sont les ostéopathes/chiropracteurs qui sont le plus souvent consultés avec 48% de nos sportifs qui y ont eu recours dans l'année. On retrouve ensuite les MKDE (42,1%), les podologues (21,4%) et les psychologues (6,4%).

Les associations les plus fréquemment rencontrées sont les suivantes :

- MKDE, Ostéopathe/chiropracteur
- MKDE, Ostéopathe/chiropracteur, podologue
- Ostéopathe/chiropracteur, podologue
- MKDE, podologue.

➔ *Question 39 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des problèmes de santé vous empêchant d'exercer votre sport pendant plusieurs jours ?*

Au cours des 12 derniers mois, 244 sportifs soit 53,7% du panel a eu au moins un problème de santé l'empêchant de pratiquer son sport pendant plusieurs jours.

Les comparaisons habituelles ont été effectuées (selon le sexe, le niveau, le temps d'entraînement par semaine et le type de sport).

La seule différence statistiquement significative avec $p=0,0018$ concerne les sportifs pratiquant un sport individuel qui ont répondu « oui » à 58,2% vs 40% pour ceux du groupe « fitness/musculation ».

Les sportifs individuels ont donc été plus sujets à des problèmes de santé retentissant sur leur activité sportive que les sportifs du groupe « fitness/musculation ».

➔ *Question 40 : Si oui, quel(s) étai(en)t-il(s)?*

244 personnes ayant répondu « oui » à la question précédente ont répondu à cette question.

Après relecture de l'ensemble des réponses, nous les trions par catégorie.

La majorité des réponses positives étant liée à des problèmes ostéo-articulaires, nous détaillons de ce fait cette catégorie en sous-groupe.

Les douleurs ostéo-articulaires regroupent les douleurs de tout type et les problèmes ostéo-articulaires mal précisés (exemple : problème au genou).

Les traumatismes correspondent aux réponses de type « chute à vélo », « AVP », « blessure »... mais parmi les autres sous-catégories, il y a des problèmes d'origine traumatique.

On regroupe en « viroses » : grippe, GEA, rhinopharyngite, angine, rhume...

« Autres » correspond à des problèmes de santé très variés n'entrant dans aucune autres catégories et pour lesquels nous avons eu au maximum 2 réponses identiques: cancer, infarctus, vertige, migraine, hernie inguinale, asthme, grossesse, infection urinaire, zona, thyroïdite, pneumopathie, coupure de cornée.

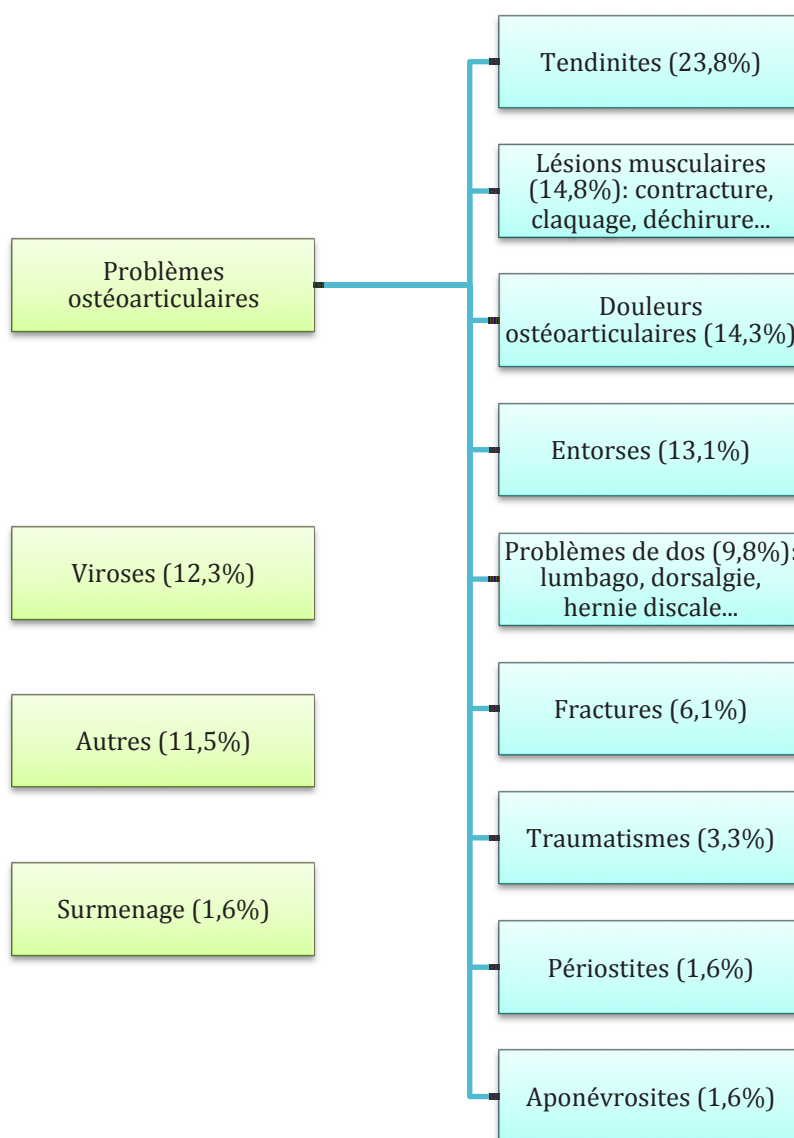


Figure n°37 : Problèmes de santé rencontrés par les sportifs ayant eu au moins un problème de santé retentissant sur leur pratique sportive dans l'année.

Les pourcentages présentés dans ce schéma sont calculés parmi les sportifs ayant répondu à la question.

Pour une même personne, plusieurs réponses ont pu être prises en compte, la somme de l'ensemble des pourcentages est donc supérieur à 100%.

Les tendinites sont le problème de santé le plus souvent représenté avec 23,8% des réponses positives.

On retrouve ensuite l'ensemble des lésions musculaires (14,8%), les douleurs ostéo-articulaires (14,3%), les entorses (13,1%) et les viroses (12,3%).

➔ *Question 41 : Avez-vous un traitement journalier?*

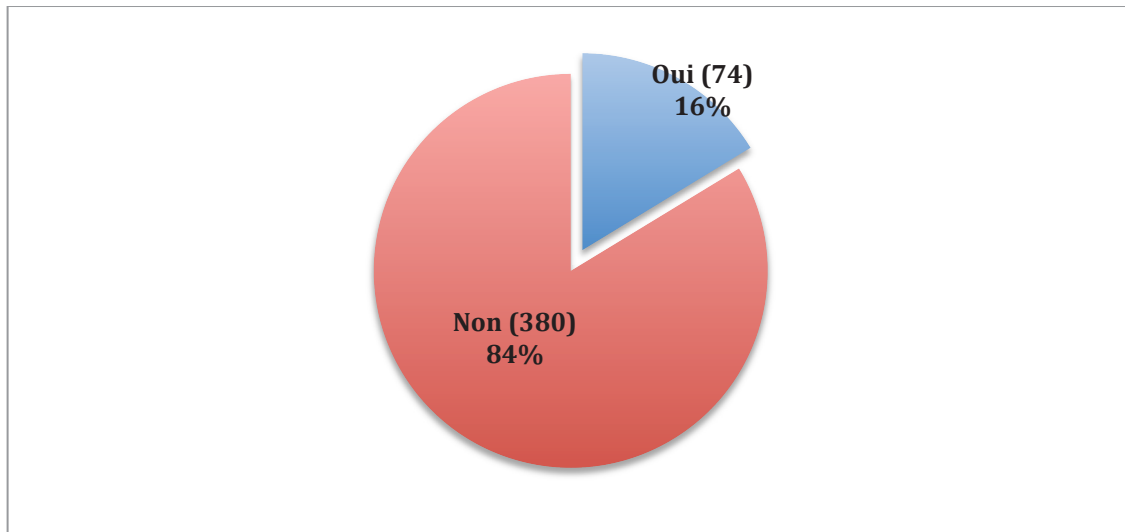


Figure n° 38: Diagramme circulaire représentant la proportion de sportifs ayant un traitement journalier.

16% des sportifs interrogés prennent un traitement journalier.
Ont été supprimées les réponses ne correspondant pas à des traitements journaliers (exemple : repos, glaçage, antalgique).

Les femmes ont de manière significative plus fréquemment un traitement journalier que les hommes ($p=3,39 \times 10^{-5}$). Elles ont répondu « oui » à 23,9% tandis que les hommes ont répondu « oui » à 9,5%.

Ceci est dû à la prise de contraception orale comme nous le verrons dans la question suivante.

Il est difficile de faire des analyses statistiques entre les différents sous-groupes sur cette question car la nature du traitement influence beaucoup.

➔ *Question 42 : Si oui, le/lesquels ou pour quelle(s) pathologie(s)?*

Après relecture des 74 réponses, nous avons repéré différentes classes thérapeutiques permettant de regrouper les réponses.

10 personnes prennent au moins 2 traitements journaliers.
 Pour plus de clarté, seuls les groupes ayant un effectif supérieur à 4 sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Antihistaminique	16
CO	13
Lévothyrox®	7
AINS	6
Antihypertenseur	6
Anxiolytique	4
Antidépresseur	4

Tableau n° 14: Nombre de personnes prenant les différents types de traitements retrouvés.

3 personnes suivent un traitement lourd avec au moins 3 médicaments importants (ex : AVK, antiarythmique, antidiabétique...).

3^{ème} partie : DISCUSSION DES RÉSULTATS ET COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE

I- Biais méthodologiques et limites

Malgré ces résultats concluants, un certain nombre d'éléments doivent venir tempérer les résultats de notre étude.

1) Les doublons de réponse

Les avantages évidents du questionnaire en ligne « google forms » sont la facilité de réponse et la rapidité de diffusion et de recueil, cependant, le désavantage réside dans le fait qu'une personne puisse répondre plusieurs fois au questionnaire. Malgré une relecture globale de l'ensemble des réponses nous ayant permis de détecter 3 doublons, que nous avons supprimés pour l'analyse, il n'est pas exclu que certains aient pu nous échapper. Néanmoins, répondre au questionnaire prend suffisamment de temps pour qu'on n'ait pas envie de le faire deux fois.

2) Biais de sélection

Ces biais sont liés à la sélection des sujets, ils peuvent conduire à ce que les sujets observés dans une enquête ne constituent pas un groupe représentatif de la population censée être étudiée :

- Biais de volontariat : lié au fait que les caractéristiques des personnes volontaires qui se proposent spontanément pour une étude peuvent être différentes de celles des personnes qui décident de ne pas y participer. Les sportifs ayant répondu peuvent par exemple être plus investis et intéressés par leur santé et avoir de ce fait peut-être moins de comportements à risque, une meilleure hygiène de vie ou encore un meilleur suivi médical.

- Biais de recrutement : lié aux méthodes de diffusion du questionnaire. En effet, j'ai d'abord utilisé mon réseau sportif ce qui a entraîné un recrutement d'un très grand nombre de triathlètes (approximativement $\frac{1}{4}$ de notre échantillon) puis dans une moindre mesure de coureurs à pied, cyclistes ou vététistes et nageurs, entraînant une majorité de sportifs pratiquant un sport individuel. Ensuite, nous avons essayé par différents moyens de recruter des profils très variés tant dans la diversité des sports que dans les pratiques mais on observe des inégalités entre nos sous-groupes et certains profils ne sont peut-être pas suffisamment représentés.

3) Biais d'information ou de mesure

Ces biais sont liés au recueil des informations :

- Biais lié à l'enquêteur : Ayant utilisé largement mon réseau sportif, bon nombre de répondants me connaissent et me côtoient régulièrement. Malgré un anonymat des réponses, il se peut que certaines personnes n'aient pas osé répondre sincèrement à certaines questions.
- Biais de prévarication : Rejoint ici le biais lié à l'enquêteur mais concerne l'ensemble du panel et correspond à l'omission voire au mensonge des répondants sur des questions les gênant.
- Biais lié à l'interprétation des questions : Nous avons essayé de rendre notre questionnaire le plus clair possible pour éviter ce biais avec des questions ne laissant pas de place à l'interprétation.
- Biais de mémorisation : Lorsqu'un sujet ne se souvient plus de certains événements passés (par exemple dans notre étude ne plus se souvenir avoir déjà eu la sensation de boire trop ou ne plus se souvenir de certains problèmes de santé de l'année).
- Biais lié à la subjectivité du codage pour les questions ouvertes : les réponses aux questions ouvertes ont été regroupées en catégorie après relecture de manière subjective.

4) Limites

Les différents sous-groupes ont été formés de manière arbitraire. Nous avons fait le choix de séparer les sportifs en pratique « loisirs » et « haut niveau », selon qu'ils s'entraînent « moins de 10 heures par semaine » ou « plus de 10 heures par semaine » et en fonction du type de sport pratiqué : « sport individuel », « sport collectif », « fitness/musculation » et « sport de duel/affrontement ». La définition des groupes « haut niveau » et « loisirs » et des différents types de sports a été faite de la manière qui nous a semblé la plus logique possible en accord avec les différents travaux déjà réalisés.

Des disparités d'effectifs existent entre ces différents sous-groupes.

Pour permettre une comparaison avec la population générale, nous nous sommes appuyés sur le baromètre santé, cependant les différences observées sont à prendre en considération avec prudence puisque les 2 populations d'enquête diffèrent sur certains critères.

Malgré l'ensemble de ces biais (que nous avons essayé de réduire au maximum) et limites, le point fort de notre étude réside dans l'effectif conséquent de notre population d'étude, ainsi la puissance d'analyse statistique est suffisamment importante pour révéler de nombreuses différences statistiquement significatives.

La population de notre étude, issue de Seine-Maritime, ne semble pas différer de l'ensemble des sportifs assidus français, nos résultats sont donc extrapolables à l'ensemble des sportifs assidus du territoire.

Ce travail représente une étude unique par rapport à ce que nous avons pu trouver dans la littérature : c'est la seule qui s'intéresse à l'ensemble des comportements de santé des sportifs dans leur globalité.

II- Les substances addictives

1) Expérimentation du tabac

59% de nos sportifs assidus ont déjà essayé de fumer. Ce chiffre est faible par rapport à ce qu'on retrouve dans la population générale. En effet, parmi les 18-75 ans en 2014, 86% des hommes et 78% des femmes ont expérimenté le tabac soit 82% de cette population (14). De même, la dernière enquête ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense) réalisée en mars 2014 sur la consommation de tabac à 17 ans retrouve un pourcentage de 68,4% des adolescents ayant expérimenté le tabac (avec une moyenne d'âge de 14 ans lors de l'expérimentation)(15).

En population sportive, une étude réalisée sur 738 athlètes iraniens de haut niveau, pratiquant 10 différents types de sport, retrouve une expérimentation du tabac chez 24,6% des athlètes (16). Ce chiffre est bien plus bas que celui de notre étude. Il pourrait s'expliquer par le fait que ce sont des athlètes de haut niveau (bien que dans notre étude nous n'ayons pas retrouvé de différence significative entre les 2 groupes de niveau) ou par le fait que le tabac soit moins répandu en Iran, terre d'islam.

Dans notre étude, les sportifs pratiquant un sport individuel ont moins souvent expérimenté le tabac que les sportifs pratiquant le fitness ou la musculation.

Une étude réalisée en Suède sur 791 sportives âgées de 15 à 24 ans représentant 10 des sports les plus communs en Suède, retrouve quant à elle une expérimentation du tabac plus fréquente chez celles pratiquant un sport collectif (17).

2) Statut tabagique

Le baromètre santé 2005, rapporte un taux de fumeurs de 29,9% chez les 12-75 ans avec 24,9% de fumeurs réguliers et 5% de fumeurs occasionnels.

Ce sont les hommes qui fument le plus avec 33,3% de fumeurs contre 26,5% de fumeuses chez les femmes.

Les anciens fumeurs représentent 27,3% de la population et 42,8% ne fument pas et n'ont jamais fumé.

En 2014, 34,3% des 18-75 ans fument dont 29% quotidiennement (18). La proportion de non-fumeurs est donc de 65,7%.

La différence hommes-femmes persiste puisqu'être fumeur régulier concerne 33% des hommes et 25% des femmes.

Chez nos sportifs, les fumeurs ne représentent que 13% de notre échantillon, ce qui paraît très faible en comparaison des chiffres retrouvés en population générale. Un chiffre à peu près comparable a été retrouvé dans une étude réalisée sur 2447 hommes sportifs israéliens, âgés de 14 à 40 ans, en 1991, puisque 15,5% étaient fumeurs (19).

L'étude sur les sportifs de haut niveau iraniens retrouve 9% de fumeurs (16), ce qui est moindre et donc appuie les résultats de notre étude selon lesquels plus le niveau augmente et plus le taux de fumeurs est bas.

Différentes études réalisées dans différents pays montrent un taux de fumeurs plus faible chez les sportifs en comparaison aux non-sportifs (20)(21)(22)(23)(24).

A la différence de la population générale, ce sont ici les femmes qui sont le plus concernées par le tabagisme (19,2% des femmes contre 8,3% des hommes).

Enfin, tout comme pour l'expérimentation, les sportifs pratiquant un sport individuel fument moins que ceux pratiquant du fitness ou de la musculation dans notre étude et moins que ceux pratiquant un sport collectif également.

3) Arrêt du tabac et activité sportive

Il y a eu un lien entre l'arrêt du tabac et l'activité sportive pour un peu plus d'un tiers des anciens fumeurs. Ce chiffre est difficile à analyser du fait du biais d'interprétation de la question.

L'activité sportive peut tout aussi bien être la cause de l'arrêt du tabac du fait d'un souhait de meilleure performance physique ou d'un meilleur état respiratoire, comme la conséquence de celui-ci (pour évacuer le stress, ne pas prendre de poids lors de l'arrêt ou compenser l'envie d'une cigarette). Les 2 peuvent également s'associer simultanément du fait d'une prise de conscience de la nécessité d'une bonne hygiène de vie pour améliorer ou maintenir sa santé. Le baromètre santé 2005 met en évidence comme première motivation à l'arrêt du tabac la peur de tomber malade pour 30,3% des anciens fumeurs. La deuxième motivation évoquée étant le prix des cigarettes (28,9%) puis la prise de conscience des conséquences néfastes du tabagisme (18,1%). On peut donc voir que l'arrêt du tabac est fortement causé par le souhait de protéger sa santé, il en est de même pour beaucoup de personnes se mettant au sport avec le concept de « sport santé ».

4) Consommation d'alcool

En 2005, 15,2% des 12-75 ans disent ne jamais consommer d'alcool (5). Ce chiffre est de 13% en 2014 chez les 18-75 ans (18). Chez les sportifs assidus, la proportion de personnes déclarant ne jamais boire d'alcool semble à peu près similaire puisqu'elle est de 15% dans notre étude.

Cependant, parmi les personnes consommant de l'alcool, il semble que dans notre étude la proportion de personnes consommant de l'alcool occasionnellement donc moins d'une fois par semaine, est plus importante que dans la population générale (58% dans notre étude contre 38% selon le baromètre santé 2014). Il y aurait donc dans la population générale plus de consommateurs hebdomadaires et quotidiens.

Les consommateurs quotidiens sont d'ailleurs très peu nombreux dans notre étude (1%) alors que le baromètre santé 2014 rapporte 10% de buveurs quotidiens parmi les 18-75 ans. Cependant l'usage quotidien concerne surtout les générations plus âgées et nous avons limité l'âge à 55 ans ce qui pourrait expliquer en partie cette différence.

Une étude réalisée sur 460 sportifs de haut niveau âgés de 16 à 24 ans dans le Sud de la France, étudiant la fréquence et non la quantité d'alcool, montre également une consommation basse chez ces sportifs par rapport à la population de référence et ce surtout chez les femmes (21). De plus, cette étude retrouve une consommation plus forte pour les 2 sexes dans les sports d'équipe mais avec un degré de signification faible (p inférieur à 0,1).

Une étude réalisée aux Etats-Unis en population étudiante retrouve une plus forte consommation d'alcool chez les filles faisant du football et les garçons pratiquant le hockey et une consommation moindre chez les hommes pratiquant la course à pied et le basketball (25).

Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé de différence sur la fréquence de consommation d'alcool en fonction du type de sport.

Les hommes ont une consommation d'alcool plus importante que les femmes dans notre étude. Cette différence existe également en population générale où comme dans notre étude les hommes consomment plus souvent de façon hebdomadaire ou quotidienne que les femmes.

25,3 % de notre panel a déjà eu l'impression de boire trop et cette sensation a plus souvent concerné les hommes, encore une fois.

Chez les sportifs assidus, plus le niveau est haut et plus le volume d'entraînement est grand, moins la consommation d'alcool est fréquente.

5) Alcoolisation Ponctuelle Importante (API)

L'API est définie comme la consommation d'au moins 6 verres d'alcool au cours d'une même occasion de boire.

Selon l'OFDT, en 2014, plus d'un tiers des 18-75 ans ont eu au moins une API dans l'année (39%). Ceci a concerné une proportion plus importante d'hommes que de femmes et les API sont plus souvent observées chez les moins de 35 ans. ¼ des 15-30 auraient même des épisodes d'API mensuelles (26)!

Chez nos sportifs assidus, on retrouve un chiffre plus important avec 51 % des sportifs assidus qui ont eu au moins un épisode d'API dans l'année (63,5% des hommes et 36,1% des femmes).

Rappelons que notre population de sportifs est assez jeune avec une moyenne d'âge de 32,73 ans. On peut aussi penser que bien que les sportifs assidus soient moins souvent consommateurs de tabac et alcool, ils aient plus d'épisodes de consommation massive d'alcool de par le lien socio-culturel existant entre sport et alcool (convivialité, « 3^{ème} mi-temps », célébration de la victoire/performance) mais également du fait de l'anxiété et de la pression de performance, de par leurs comportements investis pleinement dans tout ce qu'ils entreprennent, ou encore par le fait qu'ils fassent plus attention à leur hygiène de vie au quotidien et donc que lorsqu'il se permettent de se relâcher en soirée, ils fassent plus d'excès.

Plusieurs études réalisées dans des universités américaines ont montré qu'il y avait plus d'épisodes de « binge drinking » parmi les étudiants sportifs vs les étudiants non sportifs (27)(20)(28)(29).

Dans cette dernière étude (29), il n'est pas vraiment retrouvé de raison pouvant expliquer cela mais les auteurs se sont servis d'une étude nationale menée en 1999 aux Etats-Unis pour donner comme principale raison au « binge drinking » plus important chez les étudiants sportifs les normes sociales.

Une étude réalisée en 2002 sur 677 étudiants en STAPS du Sud de la France a montré qu'ils consommaient moins fréquemment de l'alcool que la population générale de référence mais qu'ils avaient plus souvent des épisodes d'intoxications alcooliques. Les hommes consomment plus souvent au cours de la semaine et sont plus souvent ivres que les femmes (30).

La différence hommes/femmes dans ce sens est également retrouvée dans l'étude sur des étudiants américains précédemment citée (28) ainsi que dans une étude menée en Nouvelle-Zélande en 2007 sur 1214 sportifs âgés de 18 à 69 ans (31). Cependant, une étude réalisée en Norvège, dans 16 écoles de sport de haut niveau comparant 602 sportifs à 354 témoins issus d'école standard, avance que les sportives sont plus à risque de boire de l'alcool que les sportifs (23).

Nous n'avons pas mis en évidence de différence concernant la dernière API en fonction du niveau, c'est également le cas sur l'étude réalisée sur des étudiants en STAPS en France en 2002 (30) et dans une revue de littérature réalisée en 2006 sur des grandes études menées en population étudiante aux Etats-Unis (27).

Dans l'étude réalisée en Nouvelle-Zélande en 2007, les consommations excessives et dangereuses sont plus fréquentes chez les sportifs de niveau intermédiaire, puis au niveau amateur et moins fréquentes dans le groupe « élite-international » (31). Une autre étude menée en Nouvelle-Zélande par le même auteur sur 427 étudiants et basée sur le questionnaire AUDIT retrouve, elle, un mésusage plus fréquent chez les sportifs élites par rapport aux sportifs de niveau plus bas (32).

Le phénomène d'API semble donc toucher aussi bien les sportifs de « haut niveau » que les sportifs « loisirs ».

Concernant le type de sport, nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les sous-groupes selon le fait d'avoir eu dans sa vie ou dans l'année au moins un épisode d'API. Par contre, plus de sportifs pratiquant un sport collectif ont eu au moins un épisode d'API dans le mois par rapport à ceux pratiquant un sport individuel ou du fitness ou de la musculation et plus de sportifs pratiquant un sport de duel en comparaison à ceux du groupe « fitness/musculation ».

Une étude récente réalisée aux Etats-Unis sur 1275 lycéens Américains montre que les sportifs pratiquant un sport individuel consomment moins d'alcool que les autres (taux d'alcool sanguin, problèmes d'alcool, consommation hebdomadaire moindre) (33).

Une autre étude réalisée en France en 2002 sur des étudiants en droit, pharmacie et STAPS retrouvait comme facteurs de risque d'ivresse majeure le fait de faire un sport collectif chez les hommes et comme facteur protecteur le fait de faire un sport individuel chez les femmes (34).

Pratiquer un sport collectif serait donc au vu de ces études un facteur de risque pour les consommations massives d'alcool probablement du fait des moments conviviaux d'après match, du désir d'appartenir à une équipe et de la pression de faire comme tout le monde.

Certains de ces sports semblent plus à risque que d'autres. Par exemple, une étude réalisée en France en 2009 sur l'alcool et les sports de contact montre un mésusage plus fréquent dans le rugby en comparaison au handball et au judo, cette étude montre également que le risque de mésusage d'alcool dans les sports collectifs est majoré par la présence d'un lieu de réunion près des lieux d'entraînement (35).

6) Autres substances addictives

L'expérimentation du cannabis concerne 38,5% des sportifs de notre étude et 5,5% en ont consommé dans l'année.

L'expérimentation d'une autre substance psychoactive concerne quant à elle 6,8% des sportifs dont 1,1% en ayant consommé dans l'année.

En 2014, parmi les 18-64 ans, l'expérimentation du cannabis concernait 42% de la population (18), ce qui ne me paraît pas beaucoup plus important que dans notre étude avec une expérimentation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

L'usage dans l'année concerne 11% des 18-64 ans avec là encore une proportion plus importante d'hommes. La consommation de cannabis est plus fréquente chez les jeunes (26).

Or, notre panel a une moyenne d'âge de 32,73 ans, ce qui est relativement jeune et accentue donc un peu plus la différence observée avec la population générale concernant la consommation de l'année.

Deux études précédemment citées, une en France et l'autre aux Etats-Unis, montrent également une consommation de cannabis plus faible chez les sportifs (21)(20).

Dans notre étude, concernant l'expérimentation ou la consommation dans l'année de substances psychoactives, nous n'avons pas mis en évidence de différence hommes/femmes.

Nous avons, par contre, mis en évidence une différence significative concernant le type de sport et la consommation dans les 12 derniers mois de substances psychoactives. En effet, les sportifs pratiquant un sport collectif ont plus souvent consommé une substance psychoactive dans l'année que les sportifs pratiquant un sport individuel.

Mis en parallèle avec les résultats que nous avons trouvés sur les API et le tabac, les sportifs pratiquant un sport collectif semblent être plus consommateurs de substances addictives que les sportifs de sports individuels.

7) Substances dopantes

Avec seulement une personne ayant admis s'être déjà dopée dans notre étude, nous n'avons pu faire aucune analyse statistique.

L'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) a été créée en 2006, c'est l'autorité publique française chargée de lutter contre le dopage. Elle contrôle 65 disciplines sportives et recherche 450 substances dopantes. La liste des substances dopantes est constamment réactualisée en conformité avec le code mondial antidopage (36) et fait l'objet d'une publication dans le Journal Officiel de la République Française (37).

Selon le rapport d'activité 2014 (38), 10 414 prélèvements ont été effectués sur des sportifs au cours de l'année par l'AFLD. Sur 11 078 échantillons analysés en laboratoire, 111 se sont révélés positifs soit 1,24% des échantillons. Les substances les plus souvent détectées étant les glucocorticoïdes puis les anabolisants et enfin les stimulants.

La proportion retrouvée dans notre étude paraît faible au vu de ces chiffres mais un biais de prévarication évident existe pour cette question, il est donc difficile d'en tirer des conclusions.

Nous avons vu que 29% des sportifs interrogés vérifient systématiquement ou presque le contenu des médicaments qu'ils prennent, 18% de temps en temps, 30% disent ne pas le faire par confiance en leur médecin et 6% parce que leur pharmacien le précise. Les médecins généralistes ont donc un rôle très important mais encore faut-il qu'ils aient des connaissances suffisantes sur les substances dopantes pour savoir ce qu'ils peuvent prescrire ou ne pas prescrire.

50 médecins généralistes en Haute-Vienne ont été interrogés sur ce sujet en 2002 (39). 70% des médecins ont dit posséder la liste des substances interdites (par le Vidal, internet, les laboratoires pharmaceutiques...) et 86% ont dit connaître les différentes classes de produits interdits. Ils seraient plus attentifs lors de leur prescription chez des sportifs de haut niveau par rapport aux amateurs à 58%.

Cependant, entre ce qu'ils pensent et la réalité de leurs prescriptions, il peut y avoir un écart important et une part encore relativement importante des médecins de cette étude ne connaissent pas les classes de produits interdits.

Il serait intéressant de se poser la question si la formation actuelle en médecine générale est suffisante en terme de connaissance sur les substances dopantes et les spécificités des prescriptions chez le sportif pour pouvoir éviter une part du risque de dopage par inadvertance.

Le pharmacien est quant à lui le dernier rempart contre le dopage. En l'absence de prescription médicale, il se doit d'informer le sportif de la présence d'un principe actif dopant dans la spécialité pharmaceutique demandée. En présence de prescription, il vérifie la présence ou non d'un principe actif dopant dans la spécialité prescrite (40).

Cependant, en pratique, cela n'est pas toujours fait non plus et c'est pourquoi de nombreux sportifs vérifient par eux-mêmes en utilisant certains outils comme le site

internet de l'AFLD qui possède un moteur de recherche où les sportifs peuvent entrer le nom d'un médicament pour savoir s'il est autorisé ou non.

Nous avons choisi de parler des substances dopantes dans cette partie sur les substances addictives car ces 2 types de substances semblent avoir un lien.

En effet, plusieurs études menées chez des étudiants sportifs ont montré que ceux utilisant des substances dopantes sont plus à risque de consommer d'autres substances addictives (dont tabac, alcool ou cannabis) et inversement (41)(42)(43).

8) Conclusion : les substances addictives

a. Des sportifs moins consommateurs au quotidien

Au vu de ces résultats, les sportifs assidus semblent consommer quotidiennement moins de substances addictives que la population générale (tabac, alcool, cannabis ou autre substance psychoactive), cependant ils auraient plus d'épisodes d'alcoolisation aigüe.

Une revue de la littérature réalisée en 2012 en utilisant PubMed, psycINFO et SCA (Sociological Abstracts Databases) sur les études en anglais des 20 dernières années sur l'alcool, le tabac, les drogues illicites, le dopage et la nutrition des adolescents athlètes de moins de 18 ans retrouve des résultats à peu près semblables dans cette population. Sur les 78 articles étudiés, il apparaît que les sportifs consomment moins de tabac et de cannabis que les non sportifs mais plus d'alcool, cependant les résultats sont très hétérogènes en fonction des groupes cibles, des types d'études et des indicateurs utilisés (44).

De plus, plus le niveau augmente et plus le nombre d'heures d'entraînement par semaine augmente, moins les sportifs consomment d'alcool régulièrement et moins ils fument.

b. Une différence hommes/femmes moins marquée

Dans la population générale, les hommes sont plus consommateurs de substances addictives que les femmes, que ce soit concernant le tabac, l'alcool ou le cannabis. Dans notre étude, il n'y a que pour l'alcool (fréquence de consommation, impression de boire trop et dernière consommation intensive) que cette différence est retrouvée. On ne retrouve pas de différence entre hommes et femmes pour les substances psychoactives (expérimentation ou consommation dans l'année) ni pour l'expérimentation du tabac et à l'inverse, ce sont les femmes dans notre étude qui fument le plus.

La différence hommes/femmes vis-à-vis de leurs comportements de consommation de substances addictives semble donc être moindre chez les sportifs assidus.

c. Des inégalités en fonction des sports

Les sportifs pratiquant un sport collectif semblent avoir plus de comportement à risque (tabagisme, API et consommation de cannabis récente). Probablement pour les raisons que nous avons détaillées un peu plus haut (lien socio-culture, convivialité, « 3^{ème} mi-temps »).

III- Sommeil et Alimentation

1) Le sommeil

Le sommeil est indispensable à la récupération sportive, il apparaît comme un facteur décisif de la performance sportive (45)(46).

Une étude menée en 2014 sur des sportifs adolescents montre également que le fait de ne pas dormir assez est un facteur prédictif de blessures (47).

Cependant, ceci est à modérer car une autre étude réalisée sur 22 footballeurs professionnels australiens en 2013 montre, elle, que l'incidence des blessures n'est pas modifiée par le temps ou la qualité du sommeil (48).

Le sport a plutôt un effet bénéfique sur le sommeil. La pratique d'un sport régulier favorise le sommeil lent profond, et donc une meilleure récupération ce qui influence sur la pratique du sport, c'est donc un cercle vertueux ! Par contre le surentraînement provoque lui des troubles du sommeil et une désadaptation de l'organisme à une charge de travail trop élevée (46).

La qualité du sommeil chez les sportifs peut varier en fonction de plusieurs éléments comme les différentes périodes d'entraînement. Selon une étude réalisée en 2005, il est plutôt de mauvaise qualité pendant la phase de préparation en volume, nécessaire et facilement induit lors de la phase d'intensité et moins perturbé avec des rêves plus agréables pendant la période des compétitions. Cependant, ces modifications sont légères et n'engendrent pas d'altérations importantes du sommeil (49).

Le sommeil varie également en fonction du stress et de l'excitation et notamment avant une compétition (50).

Dans notre étude, seulement 49% des sportifs interrogés sont satisfaits par leur sommeil (satisfaits ou très satisfaits), 29% ne sont ni satisfaits ni insatisfaits et 22% ne sont pas satisfaits (18% pas satisfaits et 4% pas satisfaits du tout).

Dans la population générale, en 2005, les 12-75 ans ont plus souvent dit être satisfaits de leur sommeil puisque 68,6% ont répondu « satisfait » ou « très satisfait » à cette question, 13,5% ne sont ni satisfaits ni insatisfaits et 17,9% des Français sont insatisfaits par leur sommeil (5). Ce sont les femmes qui sont le plus souvent insatisfaites. Dans notre étude, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les différents sous-groupes.

Dans une étude menée en 2016 sur 107 joueurs de hockey professionnels, un quart des joueurs ont des problèmes de sommeil (51). Dans une autre étude réalisée chez 47 athlètes olympiques issus de différents sports vs une population contrôle de non-sportifs, de moins bons marqueurs de qualité de sommeil ont été retrouvés chez les sportifs (52).

Bien que le sport favorise donc plutôt le sommeil, ces résultats nous montrent que de nombreux sportifs ne sont pas satisfaits de leur sommeil (mauvaise qualité, difficultés d'endormissement, quantité insuffisante ou encore réveils nocturnes). Les médecins généralistes doivent donc, à l'interrogatoire, dépister les troubles du sommeil puis, si besoin donner des conseils aux sportifs afin d'essayer d'améliorer la qualité de celui-ci.

Voilà quelques exemples de conseils qui pourraient être donnés (53)(54):

- Respecter son horloge biologique en ne modifiant pas ou peu son heure d'endormissement et de réveil. Se coucher à heures régulières pour « éduquer » son cerveau.
- Privilégier les entraînements en fin d'après-midi et non en soirée.
- Pas de repas trop riche, notamment en protéines, le soir.
- Laisser 2 heures après la fin du repas sans activité intense avant de se mettre au lit.
- Avoir un « rituel » d'endormissement surtout si l'on a des difficultés à s'endormir (lecture, tisane, éclairage doux...).
- Ne pas dormir dans une chambre trop chaude.
- Dormir en surélevant légèrement les pieds.
- Ne pas consommer d'excitants le soir (café, thé, coca, alcool, tabac...).
- Si besoin, avoir recours à des techniques de relaxation et de sophrologie pour se détendre.

2) Alimentation

a. Les sportifs et l'alimentation, un lien important

L'alimentation joue un rôle évident dans la performance physique. Le régime alimentaire du sportif nécessite d'être adapté pour répondre à ses besoins nutritionnels (que ce soit avant, pendant ou après l'effort). Il doit, comme pour les sédentaires, être avant tout équilibré.

49% de nos sportifs assidus ont déclaré faire souvent attention à leur alimentation et 17% constamment. Ces chiffres sont assez importants et montrent donc une grande préoccupation des sportifs assidus pour leur alimentation. Notons que seuls 5% ont déclaré ne jamais y prêter attention ! Ils peuvent y faire attention pour plusieurs raisons : atteindre ou maintenir le bon poids, désir de manger sainement, améliorer leurs performances, mieux récupérer, éviter les blessures, bien digérer, éviter les carences, ne pas faire d'hypoglycémie pendant l'effort... Les sportifs s'entraînant plus de 10 heures par semaine font plus souvent attention à leur alimentation, de même pour ceux du groupe « fitness/musculation » par rapport aux sportifs pratiquant un sport collectif ou individuel.

Pour autant, 13% de nos sportifs disent suivre un régime alimentaire particulier (parmi lesquels environ $\frac{1}{4}$ en suivent au moins 2). De nouveau, ce sont les sportifs

du groupe « fitness/musculation » qui suivent plus souvent des régimes particuliers que les sportifs pratiquant un sport individuel ou collectif.

Les plus fréquemment suivis sont les régimes sans lactose, amaigrissant, sans gluten et hyper-protéiné. On retrouve ensuite les régimes paléolithique, végétarien, végétalien, chrononutrition et de Montignac. Une véritable tendance existe actuellement en faveur de certains de ces régimes qui sont de plus en plus pratiqués par les sportifs bien que controversés (sans gluten, sans lactose et paléolithique surtout) mais que faut-il en penser? Qui a réellement besoin de ce genre de régime alimentaire? Sont-ils réellement utiles et bénéfiques? Entraînent-ils un risque de carence? Sont-ils adaptés aux sportifs?

Prenons l'exemple du régime sans gluten. Celui-ci est indispensable dans le traitement de la maladie cœliaque, cependant, il est de plus en plus suivi par des athlètes non cœliaques, beaucoup d'entre eux associent en effet l'élimination du gluten à l'amélioration de la performance physique et des troubles gastro-intestinaux malgré le manque de preuves médicales (55).

Une étude réalisée sur 910 athlètes, indique que 41% des athlètes non cœliaques ayant répondu au questionnaire (incluant 18 médaillés mondiaux ou olympiques) suivent un régime sans gluten 50 à 100% du temps (dont seulement 13% d'entre eux pour des raisons médicales bien souvent auto-diagnostiquées). Les athlètes pratiquant un sport d'endurance sont plus susceptibles d'adhérer à un régime sans gluten. 84% des athlètes non cœliaques suivant un régime sans gluten ont indiqué une amélioration de leurs symptômes (principalement gastro-intestinaux) après le retrait du gluten de leur alimentation (56). Le pourcentage d'athlètes suivant un régime sans gluten est supérieur à celui de la population générale qui ait estimé devoir suivre un régime d'exclusion (5 à 10%). Ce phénomène peut s'expliquer soit par une fréquence plus élevée de sensibilité au gluten ou de maladie cœliaque non diagnostiquée chez les athlètes (peu probable), soit par la perception d'améliorations qui peuvent, en outre, coïncider avec d'autres changements alimentaires simultanés, ou soit par l'existence d'une association non identifiée entre l'exercice physique, la fonction intestinale et le gluten qui mérite une étude plus approfondie (55).

Une étude croisée randomisée en double aveugle a voulu démontrer les véritables effets à court terme (7 jours) du RSG sur la performance physique, les symptômes gastro-intestinaux, la sensation de bien-être et la réponse inflammatoire chez treize coureurs cyclistes compétiteurs n'ayant pas la maladie cœliaque. Les résultats montrent qu'un RSG à court terme n'a pas d'effet sur la performance, les symptômes gastro-intestinaux et le bien-être général, ni sur les marqueurs de l'inflammation (57).

Le régime sans gluten semble répondre à un besoin spécifique uniquement chez certains sportifs, ceux qui sont intolérants au gluten ou qui présentent une hypersensibilité au gluten. Ce régime n'a aucun intérêt pour les sportifs chez qui le gluten ne provoque aucun problème physiologique. Rappelons que les produits

céréaliers constituent une base essentielle pour l'apport énergétique glucidique chez le sportif si bien que l'exclusion du gluten représente une complication majeure pour assurer ses apports énergétiques.

Le joueur de tennis Novak Djokovic, diagnostiqué intolérant au gluten, dit avoir significativement amélioré ses performances avec le régime sans gluten. Il a écrit un livre sur ce sujet (58) et est devenu l'ambassadeur de la marque « Gerblé » pour la gamme sans gluten, il a ainsi contribué à lancer la « mode » du sans gluten dans le domaine sportif.

Dans la population générale, chez les 12-75 ans, 4,8% ont des habitudes alimentaires spécifiques et 5,9% suivent des régimes amaigrissants (6). Les femmes sont presque 2 fois plus nombreuses que les hommes à suivre ce type de régime.

Dans notre étude, les régimes amaigrissants ne sont suivis que par 3,7% du panel, par contre presque 2 fois plus de personnes ont des habitudes alimentaires spécifiques par rapport à la population générale des 12-75 ans.

Les régimes amaigrissants chez les sportifs assidus semblent donc être d'une manière générale peu pratiqués, cependant cela est probablement très différent en fonction du sexe, de l'âge, du type de pratique ou encore du sport puisqu'une étude réalisée chez des volleyeuses adolescentes issues de 23 nationalités différentes rapporte qu'environ la moitié suivent activement un régime amaigrissant (59), ce qui semble très important. De même, dans certains sports soumis à des catégories de poids (boxe, judo ou lutte par exemple), on observe un taux bien plus important de sportifs suivant un régime amaigrissant.

Plusieurs études réalisées chez des adolescents ont montré que les sportifs avaient plutôt une alimentation plus saine que les non sportifs (60)(61).

En conclusion, nous pouvons dire qu'il existe un lien important entre sport et alimentation. Notre étude a montré que les sportifs sont fortement préoccupés par leur alimentation, quelles qu'en soient les raisons, allant parfois jusqu'à suivre des régimes alimentaires particuliers. L'attention est d'autant plus forte que le nombre d'heures d'entraînement par semaine est grand, ce qui est finalement assez logique puisque plus un sportif est investi dans son sport plus il essaie de tout mettre en œuvre pour arriver à ses objectifs et l'alimentation fait alors partie avec le sport d'une véritable « philosophie de vie ».

Le secteur du fitness et de la musculation, où le culte du corps peut parfois tourner à l'obsession, est particulièrement concerné par cette préoccupation importante vis-à-vis de l'alimentation.

Notre rôle, en temps que médecin généraliste, est de nous assurer que nos patients sportifs assidus aient un régime alimentaire adapté à leur pratique en qualité et quantité et de dépister les éventuelles erreurs alimentaires ou les

comportements pathologiques. En effet, à trop vouloir contrôler leur alimentation, certains sportifs peuvent aller à l'excès jusqu'à tomber dans l'anorexie ou d'autres TCA. Ce risque concerne aussi bien les femmes (62) que les hommes (63)(64) et touche majoritairement les sports dépendant du poids (soumis à catégories de poids ou dans lesquels les performances physiques sont avantagées par la maigreur) (65)(66).

b. Les compléments alimentaires

Pour rappel, les compléments alimentaires sont définis de la manière suivante : « denrées alimentaires dont le but est de compléter le régime alimentaire normal et qui constituent une source concentrée de nutriments ou d'autres substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique, seuls ou combinés, commercialisés sous forme de doses ». Leur utilisation est encadrée par plusieurs textes de lois (67)(68). 30% des sportifs interrogés consomment des compléments alimentaires. Nous n'avons pas demandé lesquels mais cela aurait pu être intéressant. Plus le niveau augmente et plus le nombre d'heures d'entraînement par semaine augmente, plus les sportifs utilisent des compléments alimentaires. Cela est assez logique puisque les compléments alimentaires sont surtout pris dans le but d'améliorer les performances, d'avoir une meilleure récupération ou pour combler les déficits au cours d'effort très intense ou très long.

Une étude portant sur 440 athlètes de haut niveau canadiens issus de 34 sports différents et s'entraînant majoritairement plus de 16h par semaine, a révélé que 87% d'entre eux ont pris au moins 3 compléments alimentaires différents au cours des 6 derniers mois (69).

34% des sportifs pratiquant du fitness ou de la musculation en consomment, ce qui n'est pas surprenant puisque c'est une pratique assez répandue dans ces sports. Cependant 32% des sportifs pratiquant un sport individuel en consomment également, ce qui montre que contrairement à ce que certains pensent, l'utilisation de compléments est répandue dans de nombreux sports.

La prise de certains compléments alimentaires peut cependant avoir des risques pour la santé (70) et un risque de dopage par inadvertance existe (71)(72). De plus les effets bénéfiques n'apparaissent que si les compléments alimentaires sont utilisés à bon usage (type, dosage...). Il apparaît donc nécessaire d'encadrer cette pratique.

Une étude réalisée en 2003 sur 160 sportifs élités singapouriens, issus de 30 sports différents, a montré que 77% d'entre eux utilisent des compléments alimentaires. Parmi ceux-ci, un petit nombre utilisent des compléments alimentaires interdits par le CIO, ce qui souligne l'intérêt d'une initiation de ces compléments par un médecin du sport (73).

IV- Les soins

1) Vaccination

Les vaccins semblent être plus nécessaires et bénéfiques chez le sportif assidu que dans la population générale pour plusieurs raisons (74) :

- Des affections bénignes, qui entraîneraient peu de conséquences et notamment pas d'absentéisme dans la population générale, peuvent chez les sportifs avoir un impact majeur sur leurs performances.
- Des infections minimales peuvent également nuire au bien-être général ou à la perception de l'athlète de s'être parfaitement préparé et donc être un obstacle à la réalisation de performance optimale.
- Au cours d'infections longues ou en période post-infectieuse, l'athlète peut pendant une longue période ne pas avoir 100% de ses capacités.
- Les sportifs sont plus à risque de complications après des infections bénignes, l'exemple le plus connu étant celui de la myocardite.
- De par leurs voyages fréquents, ils peuvent contracter certaines maladies présentes dans des zones d'endémies spécifiques.
- Ils sont en contact avec des coéquipiers ou des adversaires issus d'autres pays avec des profils différents de maladie endémique. Les transmissions peuvent alors se faire de différentes façons. Certains sports/pratiques sont plus à risque que d'autres (75)(76).

Les effets indésirables à court terme de la vaccination, tels que la fièvre, les réactions locales, les réactions allergiques ou d'autres symptômes liés à la vaccination peuvent cependant être problématiques chez le sportif. Il est donc nécessaire d'essayer de réduire ces effets indésirables en vaccinant selon les bonnes indications, avec la bonne technique et à la bonne période (plutôt en période de repos ou en inter-saison pour essayer de ne pas interférer avec la pratique sportive mais pas obligatoirement car à l'inverse certaines études ont montrées que vacciner juste après un effort important augmenterait légèrement la réponse immunitaire chez certaines personnes (77)(78)).

Les athlètes ont besoin de lignes de conduite spécifiques concernant la vaccination. Bénéfices et risques doivent être mis en balance systématiquement pour chaque athlète en fonction de ses caractéristiques pour avoir la meilleure attitude vaccinale possible. En plus des vaccins recommandés pour la population générale par le calendrier vaccinal en France (79), certains vaccins sont nécessaires

au cas par cas (comme l'hépatite A, l'encéphalite japonaise, la fièvre jaune, la fièvre typhoïde ou encore la grippe saisonnière à titre d'exemple).

Nous avons donc vu la nécessité importante de la vaccination chez les sportifs. Dans notre étude 68% des sportifs assidus ont dit être à jour de leurs vaccinations de façon certaine et 24% pensent l'être sans certitude. 92% seraient donc à jour ce qui est un score plutôt satisfaisant (même si cela ne reflète que les vaccinations « classiques ») d'autant plus que ce score est de 84% dans la population générale selon le baromètre santé 2005 (5).

84% de nos sportifs sont favorables aux vaccinations (26% « très favorables » et 58% « plutôt favorables »).

On retrouve un taux légèrement plus important dans la population générale puisque selon le baromètre santé 2005, 9 français sur 10 sont favorables aux vaccinations, l'opinion favorable se retrouvant surtout chez les jeunes.

2) Certificat de non contre-indication à la pratique sportive

Le Certificat de Non Contre-indication Sportive (CNCIS) est régi par la loi Buffet de 1999 (80) et est obligatoire pour toute pratique sportive en compétition ou pour l'obtention d'une licence. Son but est de s'assurer que le patient peut pratiquer un sport sans risque. Il peut être délivré par tout médecin sauf pour certains sports à risque ou pour les sportifs de haut niveau où il doit alors être rédigé par un médecin du sport ou un médecin agréé par la fédération sportive concernée.

L'augmentation croissante du nombre de licences sportives et du nombre de personnes participant à des compétitions explique que le médecin généraliste est de plus en plus sollicité pour réaliser une Visite de Non Contre-Indication au Sport (VNCIS).

15,9 millions de licences sont établies ou renouvelées chaque année (81). Cette visite représente le premier acte de prévention en médecine générale avec 39% des motifs de consultation de prévention relevés par l'Observatoire de Médecine Générale en 2009 (82).

La Société Française de Médecine du Sport (SFMES) a édité une fiche d'examen médical pour aider les médecins lors de cette VNCIS (83).

Au lendemain des Jeux Olympiques et à la veille des Jeux Paralympiques de Rio de Janeiro, une modification de la réglementation simplifiant le CNCIS a été validée en application de la loi santé du 26 janvier 2016 et du décret du 24 août 2016 (84). Le CNCIS qui était jusqu'alors valable pour un an, ne sera désormais exigé qu'une fois tous les 3 ans (sauf pour certains sports comme la plongée, le parachutisme ou la boxe), les licenciés rempliront, les autres années, un questionnaire de santé leur

permettant de déceler d'éventuels facteurs de risques qui nécessiteront, le cas échéant, une visite médicale annuelle. De plus, le CNCIS vaudra pour la pratique du sport en général, à l'exception d'une ou plusieurs disciplines, et non pour une seule discipline comme c'était le cas jusqu'ici. Ces modifications prendront effet au 1^{er} juillet 2017.

Le paradoxe de l'activité sportive est que, malgré son utilité dans la prévention des maladies cardiovasculaires en général, elle augmente le risque de mort subite (85)(86). Le sport est en effet un révélateur de cardiopathie sous-jacente méconnue suite au stress physiologique et psychologique occasionné par un effort intense. Il est donc primordial de dépister d'éventuelles pathologies cardiaques. Malheureusement le CNCIS est trop souvent banalisé, aussi bien par le patient que par le médecin. Une campagne nationale de prévention a été lancée en mars 2013 par le ministère des affaires sociales et de la santé et le ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative, s'appuyant sur les 10 règles d'or édictées par le club des cardiologues du sport pour informer les sportifs de tout niveau des précautions à prendre pour éviter les accidents cardiaques survenant lors de la pratique sportive et responsables de 1200 à 1500 cas par an de mort subite (87).

Il n'existe pas actuellement de recommandations éditées par l'HAS sur le contenu de la visite de non contre-indication au sport. Si l'interrogatoire, l'auscultation cardio-pulmonaire et la mesure tensionnelle semblent indispensables pour tous, le test de Ruffier-Dickson a été discrédité par plusieurs travaux (88)(89) et il existe un flou important concernant la place de l'ECG.

En 2009, suite aux recommandations de l'ESC (European Society of Cardiology), la Société Française de Cardiologie (SFC) détaille « Le contenu du bilan cardiovasculaire de la visite de non contre-indication à la pratique sportive en compétition pour les sujets de 12 à 35 ans ». Chez tout demandeur de licence pour la pratique d'un sport en compétition, il est utile de pratiquer, en plus de l'interrogatoire et de l'examen physique, un ECG de repos 12 dérivations à partir de 12 ans, lors de la délivrance de la première licence, renouvelé ensuite tous les trois ans, puis tous les 5 ans à partir de 20 ans jusqu'à 35 ans (90).

Cependant, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) ne se prononce pas en faveur de l'ECG (91) et l'American Heart Association (AHA) ne recommande pas non plus l'ECG comme outil de dépistage cardiovasculaire de masse des sportifs (92).

L'épreuve d'effort, selon la SFC, doit être pratiquée s'il existe une anomalie à l'interrogatoire ou à l'examen clinique ou à l'ECG ou si le patient est à haut risque cardiovasculaire.

Dans notre étude, 77,5% des sportifs ont dit avoir eu un VNCIS au cours des 12 derniers mois, ceux-ci sont plus souvent des hommes, s'entraînent plus de 10 heures par semaine et pratiquent plus souvent un sport autre que le fitness ou la musculation. Nous aurions pensé que ce chiffre se rapprocherait plus des 100%. Le CNCIS n'est pas obligatoire pour l'inscription dans une salle de sport (bien qu'il soit très souvent demandé lors de l'inscription), 44 des 102 réponses négatives correspondent ici à des sportifs pratiquant le fitness ou la musculation en salle de sport. Cependant 58 des 102 réponses négatives sont représentées par des sportifs pratiquant un autre sport au sein d'un club, qui auraient dû passer une VNCIS dans l'année pour l'obtention de leur licence puisque c'est obligatoire! La falsification de CNCIS, ou la rédaction par certains médecins sans VNCIS (médecin traitant ou connaissance) reste une pratique malheureusement répandue et pourrait expliquer cela.

Dans tous les cas, CNCIS obligatoire ou non, l'ensemble des sportifs interrogés pratiquent au moins 3 fois par semaine et au vu de cette quantité importante de sport, il me semble justifié que ces sportifs aient un suivi médical minimal comprenant au moins une visite préventive de non contre-indication sportive régulière.

Cette visite comprenait pour 85% d'entre eux une prise de la tension artérielle, 80,2% un entretien et 71% une auscultation cardio-pulmonaire. Ces résultats peuvent être liés au fait que les répondants n'ont pas forcément pensé à mettre plusieurs réponses à cette question à choix multiples ou qu'ils n'ont pas forcément compris à quoi les réponses correspondaient puisque plusieurs études réalisées chez des médecins généralistes ont montré que 100% d'entre eux réalisent un interrogatoire, une auscultation cardio-pulmonaire et une prise de la tension artérielle à chaque VNCIS (93)(94). Cependant ces études parlent des pratiques générales lors des VNCIS, or des exceptions sont possibles avec des médecins ne prenant pas toujours le temps de faire au moins ces 3 choses. Dans l'étude menée par Bucchia en 2014 sur 172 médecins généralistes libéraux Haut-Normands, 28,5% des MG disent avoir déjà fait un certificat médical sans réaliser d'examen clinique. Se pose également le problème des sportifs consultant pour un autre problème de santé et profitant de la consultation pour demander un CNCIS, dans ce cas où il n'y a pas de VNCIS réellement dédiée, ces tests basiques peuvent ne pas être réalisés.

Les sportifs peuvent également avoir répondu ne pas avoir eu d'interrogatoire car de leur point de vue, très peu de questions ont été posées ou peu de sujets abordés. L'interrogatoire a pourtant un rôle primordial, une étude réalisée sur des jeunes adultes décédés de mort subite a montré que 72% d'entre eux auraient présenté des symptômes à l'effort des mois avant l'arrêt cardiaque (fatigue et syncope) et 27% avaient un antécédent familial d'arrêt cardiaque avant 50 ans (95).

Le test de Ruffier-Dickson est lui encore pratiqué dans quasiment la moitié des VNCIS. Ce résultat est similaire dans les études précédemment citées, réalisées chez des MG en apportant la précision que ce sont surtout les médecins les plus âgés qui

le réalisent. On devrait donc à l'avenir voir une forte diminution du taux de réalisation de ce test qui n'est plus vraiment d'actualité.

Enfin, le bilan biologique et la bandelette urinaire, obligatoires pour le suivi sportif de haut niveau (96) ont été réalisés respectivement chez 18,1 et 10,3% de nos sportifs assidus (dont 1/3 de sportifs de haut niveau pour le bilan biologique et 50% de sportif de haut niveau pour la bandelette urinaire).

48% de notre panel n'a jamais eu d'ECG de repos au cours de sa vie et parmi les 52% en ayant déjà passé un, 4 sur 5 l'ont passé dans les 5 dernières années. Malgré des recommandations peu précises, quasiment 1 sportif sur 2 a donc déjà passé un ECG de repos. Le plus souvent (39,3% des cas), celui-ci a été réalisé après proposition d'un médecin (généraliste ou du sport), ce qui montre la tendance actuelle des médecins à réaliser de plus en plus souvent des ECG de repos dans les VNCIS ou à adresser les patients pour la réalisation d'un ECG avant de délivrer le fameux sésame à la pratique du sport. Cependant, dans encore 19,8% des cas c'est parce que le sportif l'a demandé que celui-ci est réalisé. Enfin, beaucoup sont réalisés dans le cadre du suivi médical des sportifs de haut niveau (rappelons qu'il est obligatoire dans ce cas (96)).

Dans l'étude de Jéhan, réalisée en 2014 sur 189 MG de Loire-Atlantique, $\frac{3}{4}$ des MG possèdent un appareil à ECG mais globalement les médecins s'en servent peu puisque 67,4% l'utilisent moins de 5 fois par mois. Les recommandations de la SFC sont connues par 77,2% des MG, 15% des médecins les appliquent systématiquement, 24% souvent et 61% ne les appliquent jamais ou que rarement (94).

Dans celle de Bucchia, on remarque que les médecins du sport pratiquent 10 fois plus d'ECG annuellement que les non médecins du sport.

Ces résultats montrent donc que le suivi des recommandations de la SFC par les médecins généralistes n'est pas encore complètement satisfaisant bien que de plus en plus d'ECG de repos soient réalisés dans le cadre de VNCIS.

Concernant le bilan cardiologique plus complet (échographie cardiaque, épreuve d'effort...), 42% de nos sportifs ont répondu en avoir déjà eu un, ce qui semble conséquent. Comme pour l'ECG de repos, ce sont plus souvent des hommes, des sportifs de haut niveau, des sportifs pratiquant plus de 10 heures par semaine et des sportifs pratiquant un autre sport que le fitness ou la musculation qui sont concernés. Ce sont à peu près les mêmes différences statistiquement significatives qui avaient été démontrées concernant la réalisation d'une VNCIS au cours des 12 derniers mois.

La mort subite du sportif est une pathologie à très nette prédominance masculine (85)(97)(98)(99). Outre le sexe, l'âge, l'ethnie, l'intensité (100), le volume de pratique ainsi que le type de sport (101) semblent influencer ce risque cardiovasculaire également.

Visiblement, les profils les plus à risques bénéficient donc d'un meilleur suivi médical sportif. On peut alors se demander quel est le lien entre ces 2 éléments : parce qu'ils sont plus à risques les médecins ont une attention particulière envers eux (ce qui est par exemple le cas des sportifs de haut niveau) ou parce qu'ils ont plus de symptômes, antécédents, anomalies ECG... ils font l'objet d'un suivi plus attentif ou encore ces sportifs font plus attention à leur santé se sachant plus à risques.

Il faut cependant veiller à ne pas négliger les autres profils qui nécessitent aussi d'avoir un suivi préventif attentif bien que moins à risques.

3) Consommation de soins

93% des sportifs interrogés ont consulté leur médecin généraliste au moins une fois dans l'année. Ce qui est plutôt conséquent puisque dans la population générale ce taux est de 79,2% chez les 15-30 ans, 84% chez les 31-45 ans et 87,8% chez les 46-60 ans (26). Un grand nombre de ces consultations est certainement lié à la VNCIS. La majorité des sportifs assidus ont consulté 1 ou 2 fois au cours de l'année (ce qui est également retrouvé dans la population générale), ¼ a consulté 3 ou 4 fois et 12% 5 fois ou plus.

Rappelons qu'en 2012 en France le nombre annuel de consultations de médecins (omnipraticiens et spécialistes) par habitant était de 6,7 (102).

Les sportifs assidus ont un médecin généraliste médecin du sport dans environ 1/3 des cas, plus souvent pour les hommes, les sportifs s'entraînant plus de 10 heures par semaine, les sportifs de haut niveau et ceux pratiquant un sport individuel par rapport à ceux pratiquant le fitness ou la musculation. Cela fait écho aux résultats que nous avons mis en évidence dans la partie précédente et apporte donc une preuve de plus que ce profil de sportif à un meilleur suivi médical sportif (plus de VNCIS, d'ECG, de bilan cardiologique plus complet et un suivi plus spécialisé par un MG ayant une formation de médecine du sport).

Les sportifs assidus ont fréquemment recours aux différentes professions paramédicales puisque 71,4% d'entre eux ont eu recours à au moins une des professions paramédicales proposées dans l'année et 39,4% à au moins 2.

Ce sont étonnamment les ostéopathes et chiropracteurs qui sont le plus souvent sollicités, quasiment 1 sportif sur 2 y a eu recours dans l'année. Pourtant, la sécurité sociale ne rembourse pas les actes d'ostéopathie et seulement certaines mutuelles les prennent en charge partiellement ou totalement (103). C'est dire l'intérêt des sportifs pour cette discipline. Ils sont suivis de près par les MKDE (42,1%). On retrouve ensuite les podologues pour 21,4% des sportifs puis les psychologues pour

tout de même 6,4% de nos sportifs (ils peuvent être vus suite à des problèmes non liés au sport mais également suite à des épisodes dépressifs liés à une blessure, des échecs sportifs ou à la pression de résultat comme nous le verrons par la suite ou encore être consulté dans un objectif de préparation mentale), les médecines alternatives (sophrologie, acupuncture, naturopathie, hypnose), les orthodontistes, les diététiciens et enfin les posturologues.

Au cours des 12 derniers mois, 53,7% des sportifs ont eu un ou plusieurs problèmes de santé les empêchant de pratiquer leur sport pendant plusieurs jours. C'est sans grande surprise l'ensemble des problèmes ostéo-articulaires qui arrivent en première position des causes d'interruption de pratique avec en 1^{er} lieu les tendinites puis les lésions musculaires, les douleurs ostéo-articulaires, les entorses et les problèmes de dos.

Une part importante est représentée également par les viroses, qui bien que bénignes et n'entraînant pas un arrêt prolongé, peuvent être handicapantes dans une préparation si elles sont répétées, entraînent une fatigue intense et prolongée ou surviennent à un moment particulièrement gênant.

Enfin, notons qu'une faible proportion de sportifs a évoqué le surmenage ou le surentraînement comme cause d'arrêt temporaire. Il est important pour les professionnels de santé de l'avoir en tête pour le détecter le plus précocement possible avant des conséquences plus graves (carence, burn out, blessures...).

Chaque sport entraîne des problèmes de santé spécifiques et chaque problème de santé entraîne des répercussions différentes en fonction du sport pratiqué. Dans notre étude, les sportifs pratiquant un sport individuel ont plus souvent eu des problèmes de santé les ayant empêchés de pratiquer leur sport pendant plusieurs jours que ceux du groupe « fitness/musculation ».

16% de notre panel a répondu suivre un traitement journalier, 10 personnes prennent au moins 2 médicaments différents et seulement 3 personnes suivent un traitement comportant au moins 3 médicaments importants, ce qui est très peu. Les sportifs assidus de notre étude semblent donc être en bonne santé et ne pas avoir de pathologies lourdes. D'autant plus qu'on retrouve en première position des traitements pris par nos sportifs les antihistaminiques ou autres médicaments contre les allergies et en seconde position la CO. Les seuls autres traitements qui reviennent de façon récurrente sont les hormones thyroïdiennes de synthèse avec 3,5% du panel (non surprenant au vu de la prévalence de 4,10% dans la population générale en 2012 (104)) , les AINS, les antihypertenseurs, les anxiolytiques et les antidépresseurs.

V- Vision de soi et santé mentale

1) Vision de soi

60,6% des sportifs assidus se trouvent être à peu près du bon poids, 32,2% se trouvent trop gros et 7,2% se trouvent un peu trop maigres. Chez les 15-75 ans, dans la population générale, ces pourcentages sont de 49,3% (poids normal), 44,5% (trop gros) et 6,2% (trop maigres).

Les sportifs semblent donc se trouver plus souvent du bon poids et moins souvent trop gros par rapport à la population générale. Ces résultats sont assez cohérents puisque le sport permet de se maintenir à un poids de forme, de lutter contre le surpoids et l'obésité et il y a donc moins de surpoids chez les personnes pratiquant une activité physique régulière.

Cependant, entre les perceptions individuelles et la réalité, il peut y avoir un écart, les sportifs assidus se trouvant trop gros sont-ils en effet en surpoids? De même que les sportifs se trouvant de poids normal ou trop maigres, le sont-ils vraiment? On peut penser que les sportifs assidus, plus exigeants envers eux mêmes, avec une vision du culte du corps plus marquée et ayant besoin d'être au juste poids pour leur permettre d'effectuer des performances physiques optimales, ont plus souvent la perception d'être un peu trop gros et moins souvent la sensation d'être trop maigre par rapport à quelqu'un de non sportif de la même corpulence.

2) Vision de sa santé

Seulement 2,9% des personnes interrogées ont répondu trouver leur santé mauvaise ou médiocre, ainsi, nos sportifs assidus ont donc pour une très large majorité une vision positive de leur santé. Ici encore, cela me paraît cohérent au vu des nombreux bienfaits de l'activité physique sur la santé. Parmi les 15-30 ans, dans la population générale, selon le baromètre santé des jeunes 2010, 3,8% des jeunes ont une vision négative de leur santé et cette vision défavorable est plus souvent observée chez les femmes.

3) Santé mentale

Le fait de se sentir triste et déprimé pendant une période d'au moins 2 semaines consécutives constitue un des symptômes principaux caractérisant un EDC (Episode Dépressif Caractérisé). Rappelons que l'EDC se définit par la présence d'au moins quatre symptômes parmi les suivants (dont au moins un symptôme principal) et ses activités habituelles perturbées par ces problèmes :

Symptômes principaux :

- Vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, déprimé(e), sans espoir pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
- Vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en ayant perdu intérêt pour la plupart des choses pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

Autres symptômes :

- Se sentir épuisé(e) ou manquer d'énergie plus que d'habitude.
- Avoir pris ou perdu au moins 5 kg.
- Avoir plus que d'habitude des difficultés à dormir.
- Avoir beaucoup plus de mal que d'habitude à se concentrer.
- Avoir beaucoup pensé à la mort.
- Avoir perdu de l'intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir.

Dans la population générale, 7,8% des français ont souffert d'un EDC dans l'année et 18,8% ont souffert d'au moins 1 symptôme dépressif dans l'année sans EDC. Dans un cas comme dans l'autre, ce sont les femmes qui ont le plus souvent eu un EDC ou des symptômes dépressifs.

Dans notre étude, 41,4% des sportifs ont répondu « oui » à la question : « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins 2 semaines consécutives pendant laquelle vous vous sentiez triste ou déprimé(e) ? »

La différence hommes/femmes n'a pas été retrouvée. On retrouve, par contre, une différence en fonction du niveau.

Ce chiffre paraît important si on le met en parallèle avec ceux observés en population générale. Pour cette question, un biais d'interprétation peut être à l'origine d'erreur cependant une telle différence pourrait également être révélatrice d'une réelle plus grande fréquence de symptômes dépressifs chez les sportifs assidus (avec ou sans EDC).

L'activité physique a un effet bénéfique sur la santé mentale. Une enquête réalisée en Ecosse sur près de 20000 hommes et femmes par l'intermédiaire d'un questionnaire a montré que ces bénéfices apparaissent à un niveau minimum d'au moins 20 minutes par semaine de n'importe quelle activité physique (105).

De plus, les personnes souffrant de dépression ont tendance à être moins actives physiquement et il a été montré que l'activité physique est bénéfique pour ces personnes puisque l'augmentation de celle-ci réduit significativement leurs symptômes. Cependant, il n'a pas été montré que l'activité physique habituelle prévient l'amorce d'un épisode dépressif (106).

Dans la littérature, plusieurs études en milieu étudiant ont tenté de déterminer la prévalence de la dépression chez les athlètes.

Une étude réalisée durant l'année scolaire 2005-2006 sur 257 étudiants sportifs a rapporté que 21% ont eu des symptômes de dépression dans l'année (surtout les femmes, les étudiants de 1^{ère} année et ceux ayant des douleurs) et que ce pourcentage est à peu près semblable à celui d'un groupe de non sportifs (107).

Une autre étude menée chez 227 étudiants en 2009 a, elle, montré que les athlètes ont plus d'estime de soi et souffrent moins de dépression que les non-athlètes (108). A l'inverse dans certaines sous-populations de sportifs, il pourrait y avoir un taux plus important de dépression que chez les non-sportifs (109).

Il apparaît donc difficile de savoir si la prévalence des épisodes dépressifs sont plus importants ou non chez les sportifs. Au vu de différentes études, il paraît cependant clair que certains facteurs de risque de dépression, existant uniquement dans la population sportive peuvent augmenter le risque de dépression chez les athlètes comparés à la population non sportive.

Une revue de la littérature réalisée en 2015 a essayé de déterminer ces facteurs (109). On retrouve parmi ceux-ci: les blessures (110)(111) (cette dernière étude réalisée chez 5 sportifs ayant fait une tentative de suicide s'est attachée à trouver leurs points communs, il s'est avéré que tous avaient eu une blessure importante nécessitant une opération alors qu'ils avaient vécu des succès sportifs, une longue et difficile rééducation et un retour difficile à la compétition), les échecs sportifs (112), le surentraînement (106), le stress et la pression de performance ou encore les fins de carrière involontaires.

Une autre revue de la littérature réalisée en mai 2015 via PubMed, Embase, SPORTDiscus, PsycINFO, Cochrane et Google Scholar Databases et ayant inclu 60 études réalisées sur des sportifs élités, a conclu que peu d'études de bonne qualité existent sur ce sujet, néanmoins, il apparaît que cette population est vulnérable à un vaste panel de problèmes mentaux (incluant le mésusage de substances addictives) liés à des facteurs aussi bien sportifs (surentraînement, burn out ou blessures) que non liés au sport (113).

Il est donc important pour les professionnels de santé prenant en charge ces sportifs de savoir que la dépression chez le sportif existe, qu'elle peut être sévère (pouvant conduire parfois jusqu'au suicide (114)) et qu'ils ne sont donc pas « immunisés » contre cela malgré les bénéfices évidents de l'activité physique sur la

santé mentale. Elle peut toucher l'ensemble des sportifs quel que soit le sexe, le sport ou encore le niveau.

Une étude réalisée chez des médecins du sport montre que ces derniers doivent fréquemment prendre en charge des problèmes psychologiques chez leur patient sportif (80% des athlètes venant consulter pour blessure parle aussi des problèmes psychologiques liés à la blessure lors de leur consultation) (115). Ceci montre la nécessité de créer des outils pour dépister ces troubles et faciliter leur prise en charge passant parfois par l'orientation vers d'autres professionnels de santé.

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de connaître les attitudes et comportements de santé des sportifs assidus afin d'améliorer leur prise en charge par les médecins généralistes. Plusieurs éléments sont ressortis.

Les sportifs assidus ont moins de comportements à risque concernant l'utilisation de substances addictives que le reste de la population à l'exception du phénomène d'Alcoolisation Ponctuelle Importante. Il ne semble pas y avoir une très grande différence entre les hommes et les femmes puisque dans notre étude ce sont les hommes qui ont les comportements les plus à risque vis-à-vis de l'alcool alors que ce sont les femmes qui fument le plus.

Comme nous l'avions pensé, la consommation de tabac et d'alcool est plus importante à faible niveau et chez les sportifs pratiquant le moins à l'exception encore une fois du phénomène d'API pour lequel nous n'avons pas retrouvé de différences dans ces sous-groupes.

Enfin, des inégalités entre les sports existent, c'est dans les sports collectifs qu'on retrouve le plus de comportements à risque et c'est dans les sports individuels qu'on en retrouve le moins.

Les sportifs assidus sont généralement soucieux de leur santé car en plus de pratiquer une activité physique bonne pour la santé, ils font attention à leur alimentation, sont le plus souvent à jour de leurs vaccinations, n'hésitent pas à avoir recours à des professions paramédicales même si celles-ci ne sont pas remboursées par la sécurité sociale, ont un suivi médical plus adapté et complet pour les profils les plus à risques...

... Et ça leur réussit plutôt bien ! En effet, 97,1% des sportifs interrogés se trouvent en bonne santé, 60,6% se trouvent à peu près du bon poids, très peu suivent des traitements médicaux pour des pathologies lourdes et une grande majorité ne consulte un médecin généraliste qu'une à 2 fois par an (sachant que la majorité consulte déjà une fois pour le CNCIS).

Cependant cette population est susceptible d'avoir de nombreux problèmes de santé qu'ils soient d'ordre physiques (avec en premier lieu l'ensemble des problèmes ostéo-articulaires) ou mentaux (rappelons que 41,4% des sportifs ont répondu « oui » à la question « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de

vivre une période d'au moins 2 semaines consécutives pendant laquelle vous vous sentiez triste ou déprimé(e) ? »!).

La VNCIS, encore trop souvent non effectuée par nos sportifs, ou d'autres visites chez le médecin généraliste sont l'occasion pour lui de dépister différents problèmes ou comportements (à risque ou extrêmes) qui pourraient être nuisibles pour la santé du sportif (troubles du sommeil, TCA, régime inapproprié, surentraînement, addiction, etc).

Le rôle du médecin généraliste envers ces sportifs est très important puisqu'en plus de réaliser le dépistage puis la prise en charge des problèmes dépistés (en accord avec le code mondial anti-dopage (36)), il peut délivrer des conseils (nutrition, sommeil, ou hydratation par exemple) et jouer un rôle majeur dans la prévention (importance des vaccinations, risque de dopage par inadvertance, mésusage de substances addictives ou blessures liées à un surentraînement par exemple).

Il est donc important de former le médecin généraliste à l'ensemble des sujets abordés dans cette étude surtout que celui-ci est bien souvent l'unique référent médical et que bon nombre de sportifs assidus n'ont pas recours à un médecin ayant une formation de médecine du sport.

De nombreuses différences existent en fonction des profils : en fonction du sexe, du niveau, du nombre d'heures d'entraînement par semaine ou du sport comme nous l'avons vu dans cette étude mais pas uniquement. Chaque sportif est différent et nécessite une prise en charge adaptée à son profil. Il faut donc faire du cas par cas en gardant à l'esprit les grandes lignes des comportements et attitudes de santé des sportifs assidus lors de la prise en charge de ceux-ci.

« Il y a des épidémies de tout ordre, le goût du sport est une épidémie de santé. »

Jean Giraudoux

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. OMS | Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé [Internet]. WHO. 2010 [cité 20 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/fr/>
2. Inserm. Activité physique: contexte et effets sur la santé. Synthèse et recommandations. Paris: Inserm; 2008. 147 p. (coll. Expertise collective).
3. Mountjoy M, Andersen LB, Armstrong N, Biddle S, Boreham C, Bedenbeck H-PB, et al. International Olympic Committee consensus statement on the health and fitness of young people through physical activity and sport. Br J Sports Med. 9 janv 2011;45(11):839-48.
4. Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports [Internet]. Bienfaits et recommandations. [cité 20 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/bienfaits-du-sport/article/De-18-a-64-ans>
5. Beck F, Guilbert P, Gautier A (dir. . Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis, INPES; 2007. 608 p. (Baromètres santé).
6. Escalon H, Bossard C, Beck F. Baromètre santé nutrition 2008. Saint-Denis: INPES; 2009. 424 p. (Baromètres santé).
7. Insee - Conditions de vie-Société - Licences sportives et autres titres de participation par fédération agréée en 2013 [Internet]. 2013 [cité 20 mai 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&id=294
8. Recensement des équipements sportifs, espaces et sites de pratiques [Internet]. [cité 20 mai 2016]. Disponible sur: http://www.res.sports.gouv.fr/Rech_Equipement.aspx
9. Kessous M. Le fitness, un secteur en pleine forme [Internet]. 2009 [cité 20 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.observatoiredelafranchise.fr/dossier-franchise/le-fitness-un-secteur-en-pleine-forme-216.htm>
10. Les grands principes • Paléo Régime [Internet]. [cité 1 juill 2016]. Disponible sur: <http://paleo-regime.fr/les-grands-principes/>
11. Régimes - PasseportSanté.net [Internet]. <http://www.passeportsante.net/>. [cité 1 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.passeportsante.net/fr/Nutrition/Regimes/>

12. Le site officiel de la méthode Montignac [Internet]. [cité 1 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.montignac.com/fr/>
13. Delabos A. Chrononutrition le régime alimentaire du docteur Alain Delabos [Internet]. [cité 1 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.la-chrononutrition.com/index.php>
14. OFDT. Tabac et cigarette électronique - Synthèse des connaissances [Internet]. [cité 26 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/tabac-et-cigarette-electronique/#conso>
15. Fédération Française de Cardiologie . Le tabac à 17 ans (étude Escapad juin 2015) [Internet]. [cité 26 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.fedecardio.org/le-tabac-a-17-ans-etude-escapad-2015>
16. Hessami Z, Aryanpur M, Emami H, Masjedi M. Behavior and Knowledge of Iranian Professional Athletes towards Smoking. *Asian J Sports Med.* déc 2012;3(4):297-300.
17. Rolandsson M, Wagnsson S, Hugoson A. Tobacco use habits among Swedish female youth athletes and the influence of the social environment. *Int J Dent Hyg.* août 2014;12(3):219-25.
18. Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. OFDT; 2015. 8 p. (Tendances).
19. Dlin R, Tennenbaum G, Hanne-Paparo N. Prevalence of smoking among Israeli male athletes. *J Sports Med Phys Fitness.* déc 1991;31(4):599-604.
20. Wechsler H, Davenport AE, Dowdall GW, Grossman SJ, Zanakos SI. Binge drinking, tobacco, and illicit drug use and involvement in college athletics. A survey of students at 140 American colleges. *J Am Coll Health J ACH.* mars 1997;45(5):195-200.
21. Peretti-Watel P, Guagliardo V, Verger P, Pruvost J, Mignon P, Obadia Y. Sporting activity and drug use: Alcohol, cigarette and cannabis use among elite student athletes. *Addict Abingdon Engl.* sept 2003;98(9):1249-56.
22. Agaku IT, Singh T, Jones SE, King BA, Jamal A, Neff L, et al. Combustible and Smokeless Tobacco Use Among High School Athletes - United States, 2001-2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 4 sept 2015;64(34):935-9.
23. Martinsen M, Sundgot-Borgen J. Adolescent elite athletes' cigarette smoking, use of snus, and alcohol. *Scand J Med Sci Sports.* avr 2014;24(2):439-46.
24. Assanelli D, Donato F, Marconi M, Corsini C, Tonini G, Bonvini L, et al. Smoking habits and sporting activity among adolescents in north Italy. *Rev Dépidémiologie Santé Publique.* 1991;39(5):457-65.

25. Ford JA. Substance use among college athletes: a comparison based on sport/team affiliation. *J Am Coll Health J ACH*. juin 2007;55(6):367-73.
26. Beck F, Richard J-B dir. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis: INPES; 2013. 344 p. (Baromètres santé).
27. Martens MP, Dams-O'Connor K, Beck NC. A systematic review of college student-athlete drinking: Prevalence rates, sport-related factors, and interventions. *J Subst Abuse Treat*. oct 2006;31(3):305-16.
28. Yusko DA, Buckman JF, White HR, Pandina RJ. Alcohol, tobacco, illicit drugs, and performance enhancers: a comparison of use by college student athletes and nonathletes. *J Am Coll Health J ACH*. déc 2008;57(3):281-90.
29. Ford JA. Alcohol use among college students: a comparison of athletes and nonathletes. *Subst Use Misuse*. 2007;42(9):1367-77.
30. Lorente FO, Peretti-Watel P, Griffet J, Grélot L. Alcohol use and intoxication in sport university students. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. oct 2003;38(5):427-30.
31. O'Brien KS, Blackie JM, Hunter JA. Hazardous drinking in elite New Zealand sportspeople. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. juin 2005;40(3):239-41.
32. O'Brien KS, Ali A, Cotter JD, O'Shea RP, Stannard S. Hazardous drinking in New Zealand sportspeople: level of sporting participation and drinking motives. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. août 2007;42(4):376-82.
33. Kulesza M, Grossbard JR, Kilmer J, Copeland AL, Larimer ME. Take One for the Team? Influence of Team and Individual Sport Participation on High School Athlete Substance Use Patterns. *J Child Adolesc Subst Abuse*. 2014;23(4):217-23.
34. Martha C, Grélot L, Peretti-Watel P. Participants' sports characteristics related to heavy episodic drinking among French students. *Int J Drug Policy*. mars 2009;20(2):152-60.
35. Bignani O. Alcool et sports de contact: une étude descriptive et analytique dans le Val-de-Marne [Thèse d'exercice]. [UPEC, France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2010.
36. AFLD. Agence Française de lutte contre le dopage. Rapport d'activité 2014. [Internet]. [cité 30 mai 2016]. Disponible sur: <https://www.afl.fr/>
37. Agence mondiale antidopage . Code mondial antidopage 2015. [Internet]. 2015 [cité 30 mai 2016]. Disponible sur: <https://www.wada-ama.org/fr/ressources/le-code/code-mondial-antidopage>
38. Décret n°2015-1684 du 16 décembre 2015 portant publication de l'amendement à l'annexe 1 de la convention internationale contre le dopage dans le sport,

adopté à Paris le 6 novembre 2015. Journal Officiel de la République française. 18 déc 2015;

39. Latournerie C, Marquet P. Approches et connaissances médico-légales du dopage par les médecins généralistes de Haute-Vienne. Limoges, France: S.C.D. de l'Université de Limoges; 2002.
40. Herluison I, Buxeraud J. Le pharmacien, dernier rempart contre le dopage: contribution à une meilleure connaissance des substances autorisées chez le sportif. Limoges, France: S.C.D. de l'Université de Limoges; 1991.
41. Buckman JF, Farris SG, Yusko DA. A national study of substance use behaviors among NCAA male athletes who use banned performance enhancing substances. *Drug Alcohol Depend.* 1 juill 2013;131(1-2):50-5.
42. Buckman JF, Yusko DA, White HR, Pandina RJ. Risk profile of male college athletes who use performance-enhancing substances. *J Stud Alcohol Drugs.* nov 2009;70(6):919-23.
43. Durant RH, Escobedo LG, Heath GW. Anabolic-steroid use, strength training, and multiple drug use among adolescents in the United States. *Pediatrics.* juill 1995;96(1 Pt 1):23-8.
44. Diehl K, Thiel A, Zipfel S, Mayer J, Litaker DG, Schneider S. How Healthy is the Behavior of Young Athletes? A Systematic Literature Review and Meta-Analyses. *J Sports Sci Med.* 2012;11(2):201-20.
45. Léger D. L'importance du sommeil chez le sportif de haut niveau. *Réflexion Sport, la revue de l'INSEP.* 9 nov 2014;
46. Le sommeil du sportif [Internet]. [cité 31 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.sportmedecine.com/le-sommeil-du-sportif.htm>
47. Milewski MD, Skaggs DL, Bishop GA, Pace JL, Ibrahim DA, Wren TAL, et al. Chronic lack of sleep is associated with increased sports injuries in adolescent athletes. *J Pediatr Orthop.* mars 2014;34(2):129-33.
48. Dennis J, Dawson B, Heasman J, Rogalski B, Robey E. Sleep patterns and injury occurrence in elite Australian footballers. *J Sci Med Sport Sports Med Aust.* févr 2016;19(2):113-6.
49. Piet E. Effets de différents niveaux d'entraînement physique sur le sommeil: intérêt pour le diagnostic du syndrome de surentraînement [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2005.
50. Juliff LE, Halson SL, Peiffer JJ. Understanding sleep disturbance in athletes prior to important competitions. *J Sci Med Sport Sports Med Aust.* janv 2015;18(1):13-8.

51. Tuomilehto H, Vuorinen V-P, Penttilä E, Kivimäki M, Vuorenmaa M, Venojärvi M, et al. Sleep of professional athletes: Underexploited potential to improve health and performance. *J Sports Sci.* 13 mai 2016;1-7.
52. Leeder J, Glaister M, Pizzoferro K, Dawson J, Pedlar C. Sleep duration and quality in elite athletes measured using wristwatch actigraphy. *J Sports Sci.* 2012;30(6):541-5.
53. Guillodo Y. Les bons conseils pour le sommeil du sportif [Internet]. Lepape-Info.com. [cité 13 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.lepape-info.com/sante/les-bons-conseils-pour-le-sommeil-du-sportif/>
54. Menuet J-J. Le sommeil du sportif [Internet]. [cité 13 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.medecinedusportconseils.com/2009/10/04/limportance-du-sommeil/>
55. Tomas A. Du gluten au régime sans gluten. 2015, France; 2015.
56. Lis DM, Stellingwerff T, Shing CM, Ahuja KDK, Fell JW. Exploring the popularity, experiences, and beliefs surrounding gluten-free diets in nonceliac athletes. *Int J Sport Nutr Exerc Metab.* févr 2015;25(1):37-45.
57. Lis D, Stellingwerff T, Kitic CM, Ahuja KDK, Fell J. No Effects of a Short-Term Gluten-free Diet on Performance in Nonceliac Athletes. *Med Sci Sports Exerc.* déc 2015;47(12):2563-70.
58. Djokovic N. Service gagnant. Une alimentation sans gluten pour une parfaite forme physique et mentale. Robert Laffont. 2014. 234 p.
59. Beals KA. Eating behaviors, nutritional status, and menstrual function in elite female adolescent volleyball players. *J Am Diet Assoc.* sept 2002;102(9):1293-6.
60. Cavadini C, Decarli B, Grin J, Narring F, Michaud PA. Food habits and sport activity during adolescence: differences between athletic and non-athletic teenagers in Switzerland. *Eur J Clin Nutr.* mars 2000;54 Suppl 1:S16-20.
61. French SA, Perry CL, Leon GR, Fulkerson JA. Food preferences, eating patterns, and physical activity among adolescents: correlates of eating disorders symptoms. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* juin 1994;15(4):286-94.
62. Hulley AJ, Hill AJ. Eating disorders and health in elite women distance runners. *Int J Eat Disord.* nov 2001;30(3):312-7.
63. Chapman J, Woodman T. Disordered eating in male athletes: a meta-analysis. *J Sports Sci.* 2016;34(2):101-9.

64. Joy E, Kussman A, Nattiv A. 2016 update on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with a focus on clinical assessment and management. *Br J Sports Med.* févr 2016;50(3):154-62.
65. Sundgot-Borgen J. Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Med Sci Sports Exerc.* avr 1994;26(4):414-9.
66. Giel KE, Hermann-Werner A, Mayer J, Diehl K, Schneider S, Thiel A, et al. Eating disorder pathology in elite adolescent athletes. *Int J Eat Disord.* juin 2016;49(6):553-62.
67. Directive 2002/46/CE du parlement européen et du conseil du 10 juin 2002 relative au rapprochement des législations des Etats membres concernant les compléments alimentaires. JO L 183 du 12/07/2002, p.51.
68. Décret n°2006-352 du 20 mars 2006 relatif aux compléments alimentaires. Version consolidée au 17 septembre 2016. JORF du 25 mars 2006.
69. Lun V, Erdman KA, Fung TS, Reimer RA. Dietary supplementation practices in Canadian high-performance athletes. *Int J Sport Nutr Exerc Metab.* févr 2012;22(1):31-7.
70. Lawrence ME, Kirby DF. Nutrition and sports supplements: fact or fiction. *J Clin Gastroenterol.* oct 2002;35(4):299-306.
71. Le Bozec A. Les compléments alimentaires du sportif et le risque de dopage par inadvertance [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2013.
72. Paule N. Compléments alimentaires: comment les utiliser? [Internet]. La médecine du sport. 2012 [cité 31 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.lamedecinedusport.com/nutrition/complements-alimentaires-comment-les-utiliser/>
73. Slater G, Tan B, Teh KC. Dietary supplementation practices of Singaporean athletes. *Int J Sport Nutr Exerc Metab.* sept 2003;13(3):320-32.
74. Gärtner BC, Meyer T. Vaccination in elite athletes. *Sports Med Auckl NZ.* oct 2014;44(10):1361-76.
75. Mast EE, Goodman RA. Prevention of infectious disease transmission in sports. *Sports Med Auckl NZ.* juill 1997;24(1):1-7.
76. Kordi R, Wallace WA. Blood borne infections in sport: risks of transmission, methods of prevention, and recommendations for hepatitis B vaccination. *Br J Sports Med.* déc 2004;38(6):678-684-684.

77. Edwards KM, Pung MA, Tomfohr LM, Ziegler MG, Campbell JP, Drayson MT, et al. Acute exercise enhancement of pneumococcal vaccination response: a randomised controlled trial of weaker and stronger immune response. *Vaccine*. 5 oct 2012;30(45):6389-95.
78. Campbell JP, Edwards KM, Ring C, Drayson MT, Bosch JA, Inskip A, et al. The effects of vaccine timing on the efficacy of an acute eccentric exercise intervention on the immune response to an influenza vaccine in young adults. *Brain Behav Immun*. févr 2010;24(2):236-42.
79. Ministère des affaires sociales et de la santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016 [Internet]. 2016 [cité 5 juin 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/vaccination>
80. Ministère de la jeunesse et des sports. Loi n° 99-223 du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage. JO n°70 du 24/03/1999.
81. Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports. Pratique sportive : Simplification du certificat médical [Internet]. [cité 15 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.sports.gouv.fr/presse/article/Pratique-sportive-Simplification-du-certificat-medical>
82. SFMG. Pleins feux sur le RC. Examens systématiques et prévention. [Internet]. 2009 [cité 7 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.sfm.org/>
83. SFMES. Certificat médical de non contre indication à la pratique d'un sport [Internet]. 2014 [cité 7 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.sfm.org/sfmes/textes-utiles>
84. Décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport. JORF n°0198 du 26 août 2016.
85. Corrado D, Basso C, Rizzoli G, Schiavon M, Thiene G. Does sports activity enhance the risk of sudden death in adolescents and young adults? *J Am Coll Cardiol*. 3 déc 2003;42(11):1959-63.
86. Thompson PD, Franklin BA, Balady GJ, Blair SN, Corrado D, Estes NAM, et al. Exercise and acute cardiovascular events placing the risks into perspective: a scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism and the Council on Clinical Cardiology. *Circulation*. 1 mai 2007;115(17):2358-68.
87. INPES. Dix règles d'or à connaître par tous les sportifs [Internet]. 2013 [cité 7 juin 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2013/008-sport-sante.asp>

88. Levavasseur G. Intérêt, rôle et limites du test de Ruffier Dickson à partir de l'étude de 173 sportifs [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2000.
89. Garnache-Creullot D. Aptitude au sport: intérêt du test de Ruffier [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2009.
90. Société Française de Cardiologie. Contenu du bilan cardiovasculaire de la visite de non contre indication à la pratique du sport en compétition entre 12 et 35 ans. [Internet]. 2009. Disponible sur: http://www.sfcadio.fr/sites/default/files/pdf/edito_ECG.pdf
91. Collège National des Généralistes Enseignants. Faut-il faire un ECG de repos lors de la visite de non contre-indication à la pratique du sport en compétition chez les sujets âgés de 12 à 35 ans ? [Internet]. 2012 [cité 7 juin 2016]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/fa_ut_il_faire_un_ecg_de_repos_lors_de_la_visite_de/
92. Maron BJ, Levine BD, Washington RL, Baggish AL, Kovacs RJ, Maron MS. Eligibility and Disqualification Recommendations for Competitive Athletes With Cardiovascular Abnormalities: Task Force 2: Preparticipation Screening for Cardiovascular Disease in Competitive Athletes A Scientific Statement From the American Heart Association and American College of Cardiology. *Circulation*. 12 janv 2015;132(22):e267-72.
93. Bucchia S. Visite de non contre-indication au sport et prévention primaire cardiovasculaire en médecine générale: quelle place pour l'ECG ? enquête auprès de médecins en Haute-Normandie. Thèse d'exercice. [France]; 2014.
94. Jéhan É. Le contenu de la visite de non contre-indication au sport en compétition chez les 12-35 ans: impact des recommandations de la Société Française de Cardiologie sur la pratique des médecins généralistes. Thèse d'exercice. [France]; 2014.
95. Drezner JA, Fudge J, Harmon KG, Berger S, Campbell RM, Vetter VL. Warning symptoms and family history in children and young adults with sudden cardiac arrest. *J Am Board Fam Med JABFM*. août 2012;25(4):408-15.
96. Arrêté du 11 février 2004 fixant la nature et la périodicité des examens médicaux prévus aux articles L. 3621-2 et R. 3621-3 du code de la santé publique | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005765391&dateTexte=20080429>
97. Maron BJ, Haas TS, Ahluwalia A, Murphy CJ, Garberich RF. Demographics and Epidemiology of Sudden Deaths in Young Competitive Athletes: From the United States National Registry. *Am J Med*. 1 avr 2016;
98. Marijon E, Bougouin W, Jouven X. [SPORTS-RELATED SUDDEN DEATH: LESSONS FROM THE FRENCH REGISTRY]. *Rev Prat*. sept 2015;65(7):919-23.

99. Marijon E, Tafflet M, Celermajer DS, Dumas F, Perier M-C, Mustafic H, et al. Sports-related sudden death in the general population. *Circulation*. 9 août 2011;124(6):672-81.
100. Harmon KG, Asif IM, Klossner D, Drezner JA. Incidence of sudden cardiac death in National Collegiate Athletic Association athletes. *Circulation*. 19 avr 2011;123(15):1594-600.
101. Mitchell JH, Haskell W, Snell P, Van Camp SP. Task Force 8: classification of sports. *J Am Coll Cardiol*. 19 avr 2005;45(8):1364-7.
102. Sécurité sociale. Programme « maladie »- Partie 1-Données de cadrage. Indicateur n°9: Consommations de soins par habitant [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indicateur_9-2.pdf
103. SFDO. Questions fréquentes - Syndicat Français Des Ostéopathes [Internet]. [cité 28 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.osteopathe-syndicat.fr/questions-frequentes>
104. ANSM. Etat des lieux de l'utilisation de la lévothyroxine en France [Internet]. 2013. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/2771abb19e99145678d17afb57c5ae0d.pdf
105. Hamer M, Stamatakis E, Steptoe A. Dose-response relationship between physical activity and mental health: the Scottish Health Survey. *Br J Sports Med*. déc 2009;43(14):1111-4.
106. Paluska SA, Schwenk TL. Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Med Auckl NZ*. mars 2000;29(3):167-80.
107. Yang J, Peek-Asa C, Corlette JD, Cheng G, Foster DT, Albright J. Prevalence of and risk factors associated with symptoms of depression in competitive collegiate student athletes. *Clin J Sport Med Off J Can Acad Sport Med*. nov 2007;17(6):481-7.
108. Armstrong S, Oomen-Early J. Social connectedness, self-esteem, and depression symptomatology among collegiate athletes versus nonathletes. *J Am Coll Health J ACH*. avr 2009;57(5):521-6.
109. Wolanin A, Gross M, Hong E. Depression in athletes: prevalence and risk factors. *Curr Sports Med Rep*. janv 2015;14(1):56-60.
110. Leddy MH, Lambert MJ, Ogles BM. Psychological consequences of athletic injury among high-level competitors. *Res Q Exerc Sport*. déc 1994;65(4):347-54.
111. Smith AM, Milliner EK. Injured athletes and the risk of suicide. *J Athl Train*. déc 1994;29(4):337-41.

112. Hammond T, Gialloredo C, Kubas H, Hap Davis H. The prevalence of failure-based depression among elite athletes. *Clin J Sport Med Off J Can Acad Sport Med.* juill 2013;23(4):273-7.
113. Rice SM, Purcell R, De Silva S, Mawren D, McGorry PD, Parker AG. The Mental Health of Elite Athletes: A Narrative Systematic Review. *Sports Med Auckl NZ.* sept 2016;46(9):1333-53.
114. Baum AL. Suicide in athletes: a review and commentary. *Clin Sports Med.* oct 2005;24(4):853-869, ix.
115. Mann BJ, Grana WA, Indelicato PA, O'Neill DF, George SZ. A survey of sports medicine physicians regarding psychological issues in patient-athletes. *Am J Sports Med.* déc 2007;35(12):2140-7.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des figures :

- Figure 1 : Répartition homme/femme du panel.
- Figure 2 : Diagramme en boîte de l'âge du panel.
- Figure 3 : Diagramme en boîte du nombre d'heures de travail par semaine du panel.
- Figure 4 : « Boîte à moustaches » du nombre d'heures de travail par semaine selon les sous-groupes de niveau et de nombre d'heures d'entraînement par semaine.
- Figure 5 : Répartition du panel en fonction de la situation familiale.
- Figure 6 : Répartition en fonction du type de sport pratiqué.
- Figure 7 : Diagramme en boîte du nombre d'années de pratique.
- Figure 8 : Répartition du panel en fonction du nombre d'heures d'entraînement par semaine.
- Figure 9 : Répartition en nombre d'heures d'entraînement par semaine des femmes et des hommes.
- Figure 10 : Répartition en fonction du niveau des compétitions.
- Figure 11 : Nombre d'heures d'entraînement par semaine en fonction du niveau de compétition.
- Figure 12 : Répartition homme/femme selon le nombre de compétitions effectuées au cours de l'année 2015.
- Figure 13 : Statut tabagique des sportifs interrogés.
- Figure 14 : Pourcentage de non-fumeur, fumeur et ancien fumeur en fonction du nombre d'heures d'entraînement par semaine.
- Figure 15 : Pourcentage de non-fumeur, fumeur et ancien fumeur en fonction du niveau.
- Figure 16 : Diagramme circulaire représentant la fréquence de consommation d'alcool de notre panel.
- Figure 17 : Répartition des réponses à la question « Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? » en fonction du sexe.
- Figure 18 : Diagramme circulaire représentant la répartition des réponses à la question 17.
- Figure 19 : Répartition en pourcentage des réponses à la question 17 selon le sexe et le type de sport.
- Figure n°20 : Autres substances addictives expérimentées par les sportifs de notre panel.
- Figure 21 : Autres substances addictives consommées au cours de l'année par les sportifs de notre panel.
- Figure 22 : Diagramme circulaire de la répartition des réponses à la question 20.
- Figure 23 : Diagramme circulaire de la répartition des réponses à la question 21.
- Figure 24 : Réponses à la question 23 parmi les concernés.
- Figure 25 : Diagramme circulaire des réponses à la question 24.
- Figure 26 : Pourcentage des sportifs ayant déjà eu un ECG au cours de leur vie en fonction des sous-groupes.
- Figure 27 : Motif de réalisation de l'ECG en pourcentage.
- Figure 28 : Diagramme circulaire des réponses à la question 26.

Figure 29 : Diagramme circulaire de la répartition des réponses à la question 27.
 Figure 30 : Répartition des réponses à la question 29.
 Figure 31 : Perception par les sportifs assidus de la qualité de leur sommeil.
 Figure 32 : Diagramme circulaire représentant la répartition des réponses à la question 32.
 Figure 33 : Répartition des réponses à la question 33.
 Figure 34 : Répartition des réponses à la question 34.
 Figure 35 : Diagramme circulaire des réponses à la question 36.
 Figure 36 : Pourcentage de recours aux différents professionnels de santé proposés au cours des 12 derniers mois.
 Figure 37 : Problèmes de santé rencontrés par les sportifs ayant eu au moins un problème de santé retentissant sur leur pratique sportive dans l'année.
 Figure 38 : Diagramme circulaire représentant la proportion de sportifs ayant un traitement journalier.

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Sport principal pratiqué par les sportifs interrogés.
 Tableau 2 : Proportion de sportifs « loisirs » et « haut niveau » en fonction du nombre d'heures d'entraînement par semaine.
 Tableau 3 : Proportion de sportifs « loisirs » et « haut niveau » en fonction du type de sport pratiqué.
 Tableau 4 : Réponse à la question 13 en fonction des sous-groupes.
 Tableau 5 : Réponse à la question 15 en fonction des sous-groupes.
 Tableau 6 : Réponse à la question 22 en fonction des sous-groupes.
 Tableau 7 : Réponse à la question 24 en fonction des sous-groupes.
 Tableau 8 : Réponse à la question 26 en fonction des sous-groupes.
 Tableau 9 : Attention portée à l'alimentation en fonction des sous-groupes.
 Tableau 10 : Régimes suivis par les sportifs de l'étude.
 Tableau 11 : Utilisation des compléments alimentaires selon les sous-groupes.
 Tableau 12 : Réponse à la question 35 en fonction des sous-groupes.
 Tableau 13 : Réponse à la question 37 en fonction des sous-groupes.
 Tableau 14 : Nombre de personnes prenant les différents types de traitements retrouvés.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire en ligne

Bonjour à tous,

Dans le cadre de la validation de mon cursus de médecine générale, je réalise une thèse intitulée : Attitudes et comportements de santé du sportif assidu en Seine-Maritime.

Un sujet qui m'intéresse particulièrement, pratiquant moi-même le triathlon depuis plusieurs années.

Cette thèse a pour objectif de permettre aux médecins généralistes d'appréhender et de prendre en charge de façon plus adéquate le patient sportif par la connaissance de ses comportements (conduites addictives, nutrition, prévention cardio-vasculaire, dopage, sommeil, vaccination, consommation de soins...).

Pour cela, j'ai réalisé un questionnaire s'adressant à tous les sportifs assidus (c'est-à-dire pratiquant un sport au moins 3 fois par semaine), licenciés dans un club ou inscrits dans une salle de sport en Seine-Maritime, âgés de 18 à 55 ans.

Merci de répondre à ce questionnaire uniquement si vous êtes concernés, 5 à 10 minutes suffiront.

Votre aide sera précieuse pour la réalisation de mon étude, j'ai besoin d'un nombre maximal de réponses pour avoir les données les plus fiables possibles.

Enfin, sachez que le questionnaire est anonyme, que je suis soumise au secret professionnel et que je n'apporterai aucun jugement à vos réponses.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter : juliette_colle@hotmail.fr

Merci d'avance pour votre aide,
Sportivement,

Juliette

***Obligatoire**

PRESENTATION :

Question 1- Vous êtes : *

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme

Question 2- Âge: *

(Votre réponse)

Question 3- Profession: *

(Votre réponse)

Question 4- Nombre d'heures de travail par semaine: *

(Votre réponse)

Question 5- Situation familiale: *

- ☐ Célibataire sans enfant
- ☐ Célibataire avec enfant(s)
- ☐ En couple sans enfant
- ☐ En couple avec enfant(s)

Question 6- Sport principal pratiqué? *

(Votre réponse)

Question 7- Depuis combien d'années pratiquez-vous ce sport? *

(Votre réponse)

Question 8- Dans quel club/salle de sport de Seine-Maritime êtes-vous inscrit? *

(Votre réponse)

Question 9- Nombre d'heures de pratique par semaine en période de charge (entraînement intensif, préparation spécifique à un objectif):

- ☐ Entre 0 et 5 heures
- ☐ Entre 6 et 10 heures
- ☐ Entre 11 et 15 heures
- ☐ Entre 16 et 20 heures
- ☐ Plus de 20 heures

Question 10- Niveau de compétition *

- ☐ Départemental et régional
- ☐ National
- ☐ International
- ☐ Je ne fais pas de compétition

Question 11- Nombre de compétitions effectuées au cours de l'année 2015 ? *

- ☐ Aucune
- ☐ Moins de 5
- ☐ Entre 5 et 10
- ☐ Entre 10 et 20
- ☐ Plus de 20

ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DE SANTE

Tabac

*Question 12- Au cours de votre vie, avez-vous déjà essayé de fumer? **

- ☐ Oui
- ☐ Non

*Question 13- Concernant le tabac, vous êtes: **

- ☐ Fumeur régulier (au moins une cigarette par jour)
- ☐ Fumeur occasionnel (moins d'une cigarette par jour)
- ☐ Ancien fumeur
- ☐ Non fumeur

*Question 14- Si vous êtes ancien fumeur, l'arrêt du tabac a-t'il été lié à votre activité sportive ? **

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Non concerné par cette question

Alcool

*Question 15- Vous consommez de l'alcool (vins, bières ou tout autre type d'alcool): **

- ☐ Jamais
- ☐ Occasionnellement en soirée (inférieur à 1 fois par semaine)
- ☐ De façon hebdomadaire inférieur à 4 fois par semaine
- ☐ De façon hebdomadaire supérieur à 4 fois par semaine
- ☐ Quotidiennement

*Question 16- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop? **

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 17- Votre dernière consommation intensive d'alcool (cumul d'au moins 6 verres au cours d'une même occasion de boire): *

- ☐ Jamais
- ☐ Au moins une fois au cours de votre vie
- ☐ Dans l'année
- ☐ Dans le mois

Autres substances addictives

Question 18- Au cours de votre vie, vous avez déjà expérimenté: *
(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Le cannabis
- ☐ Une autre substance psychoactive (cocaïne, héroïne, LSD, ecstasy, poppers, crack, amphétamines, champignons hallucinogènes, produits à inhaler)
- ☐ Aucune de ces substances

Question 19- Au cours des 12 derniers mois, vous avez consommé: *
(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Du cannabis
- ☐ Une autre substance psychoactive
- ☐ Aucune de ces substances

Vaccination

Question 20- Êtes-vous à jour de vos vaccinations ? *

- ☐ Oui, vous en êtes sûr
- ☐ Vous le pensez mais vous n'êtes pas complètement sûr
- ☐ Probablement pas
- ☐ Certainement pas
- ☐ Vous ne savez pas

Question 21- Êtes-vous favorable aux vaccinations en général? *

- ☐ Très favorable
- ☐ Plutôt favorable
- ☐ Plutôt défavorable
- ☐ Pas favorable du tout

Visite de non contre-indication à la pratique du sport

Question 22- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous passé une visite médicale de non contre-indication à la pratique de votre sport ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 23- Celle-ci comprenait: *

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Entretien
- ☐ Auscultation cardio-pulmonaire
- ☐ Prise de la tension artérielle
- ☐ Test de Ruffier-Dickson (réalisation de 30 flexions avec mesures de fréquence cardiaque)
- ☐ Bandelette urinaire
- ☐ Bilan biologique
- ☐ Non concerné par cette question

Question 24- Avez-vous déjà passé un électrocardiogramme de repos? *

- ☐ Oui, il y a plus de 5 ans
- ☐ Oui, dans les 5 dernières années
- ☐ Jamais

Question 25- Si oui, dans quel cadre?

- ☐ Suivi obligatoire sportif de haut niveau
- ☐ Proposition de votre médecin généraliste
- ☐ Proposition de votre médecin du sport
- ☐ Demande personnelle
- ☐ Autre :

Question 26- Avez-vous déjà passé un bilan cardiologique plus complet (épreuve d'effort, échographie cardiaque...)? *

- ☐ Oui, il y a plus de 5 ans
- ☐ Oui, dans les 5 dernières années
- ☐ Jamais

Alimentation

Question 27- Faites-vous attention à votre alimentation? *

- ☐ Constamment
- ☐ Souvent
- ☐ De temps en temps
- ☐ Jamais

Question 28- Suivez-vous un régime alimentaire particulier? *
(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Non
- ☐ Sans lactose
- ☐ Sans gluten
- ☐ Végétarien
- ☐ Végétalien
- ☐ Hyperprotéiné
- ☐ Paléolithique
- ☐ Amaigrissant
- ☐ Autre :

Question 29- Utilisez-vous des compléments alimentaires (protéines, vitamines, oligo-éléments, autres...) ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Sommeil

*Question 30- Êtes-vous satisfait de votre sommeil ? **

- ☐ Très satisfait
- ☐ Satisfait
- ☐ Ni satisfait ni insatisfait
- ☐ Pas satisfait
- ☐ Pas du tout satisfait

Dopage

*Question 31- Avez-vous déjà pris des substances dopantes volontairement ? **

- ☐ Oui
- ☐ Non

*Question 32- Vérifiez-vous le contenu des médicaments que vous consommez ? **

- ☐ Oui systématiquement ou presque (site de l'AFLD, demande au pharmacien...)
- ☐ Non car mon pharmacien me le précise
- ☐ Non, j'ai confiance en mon médecin
- ☐ De temps en temps
- ☐ Jamais

Vision de soi

*Question 33- Comment vous trouvez vous? **

- ☐ Beaucoup trop maigre
- ☐ Un peu trop maigre
- ☐ A peu près du bon poids
- ☐ Un peu trop gros(se)
- ☐ Beaucoup trop gros(se)

Question 34- Comment trouvez-vous votre santé? *

- ☐ Excellente
- ☐ Très bonne
- ☐ Bonne
- ☐ Mauvaise
- ☐ Médiocre

Santé mentale

Question 35- Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période, d'au moins deux semaines consécutives, pendant laquelle vous sentiez triste et déprimé(e)? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Consommation de soin

Question 36- Combien de fois avez-vous consulté votre médecin généraliste au cours des 12 derniers mois? *

- ☐ 0 fois
- ☐ 1-2 fois
- ☐ 3-4 fois
- ☐ 5 fois ou plus

Question 37- Votre médecin généraliste est-il médecin du sport ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 38- Au cours des 12 derniers mois, vous avez eu recours à: *
(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Masseur-kinésithérapeute
- ☐ Psychologue
- ☐ Ostéopathe/chiropracteur
- ☐ Diététicien
- ☐ Podologue
- ☐ Posturologue
- ☐ Orthodontiste
- ☐ Naturopathe, sophrologue, acupuncteur, hypnotiseur
- ☐ Aucun

Question 39- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des problèmes de santé vous empêchant d'exercer votre sport pendant plusieurs jours ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 40- Si oui, quel(s) étai(en)t-il(s)?

(Votre réponse)

Question 41- Avez-vous un traitement journalier? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 42- Si oui, le/lesquels ou pour quelle(s) pathologie(s)?

(Votre réponse)

MERCI !



ETUDE SPORTIFS 76

Dans le cadre de la validation d'un cursus de médecine générale, nous réalisons une thèse intitulée : Attitudes et comportements de santé du sportif assidu en Seine-Maritime. Cette thèse a pour objectif de permettre aux médecins généralistes d'appréhender et de prendre en charge de façon plus adéquate le patient sportif par la connaissance de ses comportements. Nous avons donc besoin de votre aide pour mieux vous comprendre et mieux vous soigner!



Pour répondre, RDV sur
<http://questionnairesantesportif.jimdo.com>

Vous êtes:

Sportif Assidu (Au moins 3x par semaine)
+
Licencié/inscrit dans un club
de Seine-Maritime
+
Agé(e) de 18 à 55 ans
=
Nous avons besoin de vous...

ou « Flashez »
directement ce code



Merci