



HAL
open science

Mode de vie actif: freins et motivations en population générale et pistes d'amélioration pour le médecin traitant

Manon Ladaïque, Kinga-Charlotte Battut

► To cite this version:

Manon Ladaïque, Kinga-Charlotte Battut. Mode de vie actif: freins et motivations en population générale et pistes d'amélioration pour le médecin traitant. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02922345

HAL Id: dumas-02922345

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02922345>

Submitted on 26 Aug 2020

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 des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Mode de vie actif : Freins et motivations en population générale et pistes
d'amélioration pour le médecin traitant**

T H È S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 13 Février 2020

Par Madame Kinga-Charlotte BATTUT

Née le 25 avril 1991 à Frejus (83)

Et par Madame Manon LADAIQUE

Née le 19 janvier 1993 à Marseille 05eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur AMBROSI Pierre

Président

Madame le Professeur GABORIT Bénédicte

Assesseur

Monsieur le Professeur CASTINETTI Frédéric

Assesseur

Madame le Docteur TREGLIA Clémence

Co-directeur

Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva

Co-directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DUFOUR Michel
	ALDIGHERI René		DUMON Henri
	ALESSANDRINI Pierre		ENJALBERT Alain
	ALLIEZ Bernard		FAVRE Roger
	AQUARON Robert		FIECHI Marius
	ARGEME Maxime		FARNARIER Georges
	ASSADOURIAN Robert		FIGARELLA Jacques
	AUFFRAY Jean-Pierre		FONTES Michel
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FRANCES Yves
	AZORIN Jean-Michel		FRANCOIS Georges
	BAILLE Yves		FUENTES Pierre
	BARDOT Jacques		GABRIEL Bernard
	BARDOT André		GALINIER Louis
	BERARD Pierre		GALLAIS Hervé
	BERGOIN Maurice		GAMERRE Marc
	BERLAND Yvon		GARCIN Michel
	BERNARD Dominique		GARNIER Jean-Marc
	BERNARD Jean-Louis		GAUTHIER André
	BERNARD Pierre-Marie		GERARD Raymond
	BERTRAND Edmond		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BISSET Jean-Pierre		GIUDICELLI Roger
	BLANC Bernard		GIUDICELLI Sébastien
	BLANC Jean-Louis		GOUDARD Alain
	BOLLINI Gérard		GOUIN François
	BONGRAND Pierre		GRILLO Jean-Marie
	BONNEAU Henri		GRISOLI François
	BONNOIT Jean		GROULIER Pierre
	BORY Michel		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOTTA Alain		HASSOUN Jacques
	BOURGEADE Augustin		HEIM Marc
	BOUVENOT Gilles		HOUEL Jean
	BOUYALA Jean-Marie		HUGUET Jean-François
	BREMOND Georges		JAQUET Philippe
	BRICOT René		JAMMES Yves
	BRUNET Christian		JOUVE Paulette
	BUREAU Henri		JUHAN Claude
	CAMBOULIVES Jean		JUIN Pierre
	CANNONI Maurice		KAPHAN Gérard
	CARTOUZOU Guy		KASBARIAN Michel
	CAU Pierre		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHABOT Jean-Michel		LACHARD Jean
	CHAMLIAN Albert		LAFFARGUE Pierre
	CHARPIN Denis		LAUGIER René
	CHARREL Michel		LE TREUT Yves
	CHAUVEL Patrick		LEVY Samuel
	CHOUX Maurice		LOUCHET Edmond
	CIANFARANI François		LOUIS René
	CLAVERIE Jean-Michel		LUCIANI Jean-Marie
	CLEMENT Robert		MAGALON Guy
	COMBALBERT André		MAGNAN Jacques
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALLAN- MANCINI Josette
	CORRIOL Jacques		MALMEJAC Claude
	COULANGE Christian		MARANINCHI Dominique
	DALMAS Henri		MARTIN Claude
	DE MICO Philippe		MATTEI Jean François
	DESSEIN Alain		MERCIER Claude
	DELARQUE Alain		METGE Paul
	DEVIN Robert		MICHOTÉY Georges
	DEVRED Philippe		MILLET Yves
	DJIANE Pierre		MIRANDA François
	DONNET Vincent		MONFORT Gérard
	DUCASSOU Jacques		MONGES André

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MONGIN Maurice	VANUXEM Paul
	MONTIES Jean-Raoul	VERVLOET Daniel
	NAZARIAN Serge	VIALETTES Bernard
	NICOLI René	WEILLER Pierre-Jean
	NOIRCLERC Michel	
	OLMER Michel	
	OREHEK Jean	
	PAPY Jean-Jacques	
	PAULIN Raymond	
	PELOUX Yves	
	PENAUD Antony	
	PENE Pierre	
	PIANA Lucien	
	PICAUD Robert	
	PIGNOL Fernand	
	POGGI Louis	
	POITOUT Dominique	
	PONCET Michel	
	POUGET Jean	
	PRIVAT Yvan	
	QUILICHINI Francis	
	RANQUE Jacques	
	RANQUE Philippe	
	RICHAUD Christian	
	RIDINGS Bernard	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	
	ROUX Michel	
	RUFO Marcel	
	SAHEL José	
	SALAMON Georges	
	SALDUCCI Jacques	
	SAN MARCO Jean-Louis	
	SANKALE Marc	
	SARACCO Jacques	
	SARLES Jacques	
	SASTRE Bernard	
	SCHIANO Alain	
	SCOTTO Jean-Claude	
	SEBAHOUN Gérard	
	SERMENT Gérard	
	SERRATRICE Georges	
	SOULAYROL René	
	STAHL André	
	TAMALET Jacques	
	TARANGER-CHARPIN Colette	
	THOMASSIN Jean-Marc	
	UNAL Daniel	
	VAGUE Philippe	
	VAGUE/JUHAN Irène	

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUY'S Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	KERBAUL François
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikael	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphanie	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandra
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurelie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
<p>CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)</p> <p>GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité</p> <p>THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)</p>	<p>ADALIAN Pascal (PR)</p> <p>DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) POUGET Benoît (MCF) VERNA Emeline (MCF)</p>
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
<p>CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)</p> <p>DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MACAGNO Nicolas (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) SECQ Véronique (MCU-PH)</p>	<p>CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH)</p> <p>AHERFI Sarah (MCU-PH) ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018 DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)</p> <p>CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)</p> <p>LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJCHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)</p>
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
<p>ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH)</p> <p>BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) GUIDON Catherine (MCU-PH)</p>	<p>BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)</p> <p>BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMNOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) ROMANET Pauline (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)</p>
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
<p>BRANDENBURGER Chantal (PRCE)</p>	<p>ROLL Patrice (PU-PH)</p> <p>GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONIACCI Annie (MCU-PH)</p>
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	
<p>METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH)</p>	

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Sumombre*
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (59ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (59ème section)

CAMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBARUUPERLES Teodora Adriana (MCF) (59ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCIN Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH) *Sumombre*
 FLECHER Xavier (PU-PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU-PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Sumombre*
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH) *Sumombre*
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU-PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 LEPIDI Hubert (PU-PH)

 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH) *retraite au 25/11/2019*
 BOTTA-FRIDLUND Daniella (PU-PH) *Sumombre*
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

 GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENERELOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

 BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH) *Sumombre*
 BRETTELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
 THIRION Xavier (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELS/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

POGGI Marjorie (MCF) (54ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4605

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

MEDECINE D'URGENCE 4805

LEUCHERMICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARIMINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5307**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 GRANELUREY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLENITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
 EBBO Mikael (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE**NEPHROLOGIE 5203**

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)

HOFFART Louis (PU-PH) Disponibilité

MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4903**

BLIN Olivier (PU-PH)

FAUGERE Gérard (PU-PH) Sumombre

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401**PHYSIOLOGIE 4402**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLES Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

THERAPEUTIQUE ; MEDECINE D'URGENCE ; ADDICTOLOGIE 4904

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4902**UROLOGIE 5204**

GAINNIER Marc (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

Remerciements communs

A Mr le Professeur AMBROSI Pierre

Pour avoir accepté de présider ce jury et avoir relu ce travail, nous vous présentons nos sincères remerciements et notre plus profond respect.

A Mr le Professeur CASTINETTI Frédéric

Pour avoir accepté de participer au pied levé à ce jury, veuillez trouver ici l'expression authentique de notre gratitude et de notre respect.

A Mme le Professeur GABORIT Bénédicte

Pour avoir accepté de participer à ce jury, veuillez trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A Mme le Docteur JEGO-SABLIER Maeva

Merci infiniment d'avoir accepté de co diriger ce travail et de nous avoir guidé dans la découverte du monde de la recherche qualitative. Merci pour votre disponibilité et votre bienveillance. Merci d'avoir accepté de juger cette thèse.

A Mme le Docteur TREGLIA Clémence

Un immense merci pour nous avoir accueilli en stage et nous avoir donné le goût de l'éducation thérapeutique (des schémas aux randonnées sur la corniche). Merci d'avoir accompagné l'élaboration de notre travail dès les prémices avec ta bienveillance et cet enthousiasme ardent. Merci de siéger ce soir dans notre jury.

Merci aux médecins qui nous ont ouvert leurs portes et nous ont prêté leur crédit auprès de leur patients le temps d'un entretien.

Merci enfin aux 14 personnes qui ont accepté de se prêter au jeu d'un entretien et qui nous ont donné le matériel nécessaire à l'élaboration de cette réflexion.

Remerciements Kinga

A ma Maman, pour ton amour infini et ton soutien indéfectible et passionné depuis toujours.

A mon Papa, pour ton amour et ton soutien sans faille.

A mon frère, merci d'être là quand il le faut. A ma sœur, merci pour tous tes encouragements enthousiastes depuis le début, pour m'avoir fait découvrir Paris, le Brésil, Marseille, et tellement d'autres choses.

A ma famille, en Pologne et en France, qui m'ont toujours soutenu.

A Manon, merci d'avoir souhaité faire cette thèse avec moi. Merci pour ta douceur, ton ouverture d'esprit, ton intelligence qui ont permis tous ces échanges si enrichissants. Et surtout merci pour ton incroyable sens de l'organisation qui a été salutaire pour la rédaction de cette thèse. Je suis fière du travail qu'on a fait et je garderai un bon souvenir de ses longues journées d'hiver à travailler ensemble.

A mes sœurs de cœur. Ces 10 dernières années avec vous ont fait de mes 20 ans les années les plus magiques et les plus émotionnellement intenses qu'on puisse avoir. Grandir avec vous toutes a été une chance incroyable. Merci pour tout, vivement les 10 prochaines !

A mes merveilleuses rencontres marseillaises (Sophia, Thibault, Camille, Jessica, Sophie, Clément...) Merci pour votre amitié qui m'est devenue chère, merci d'avoir été là pour illuminer ces difficiles années d'internat et de continuer à être là.

A mes co-internes et chefs que j'ai côtoyé tout au long de mon externat et de cet internat, à Coudoux, en Endocrinologie à la Conception, aux Urgences nord, en gynécologie et pédiatrie au CH Aubagne, et à Cavaillon, un grand merci. Vous rencontrer et échanger avec vous a été un enrichissement qui a fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

A Agathe, merci pour être cette amie si loyale et si forte. Ta résilience, ta sagesse et ton optimisme m'ont permis de lever bien des doutes. J'ai hâte de faire de nouveaux voyages ensoleillés avec toi.

A Clotilde, pour la confiance que tu as toujours eue en moi alors qu'elle me faisait si souvent défaut, et à Marie, ma fidèle marraine depuis mon premier jour en médecine. Merci pour votre amitié sincère et réconfortante, votre écoute, votre folie et votre bienveillance qui ont permis de panser bien des peines.

A Céline ma raphaëloise, à Magali, à Kawtar, à tous ses aixois, lyonnais et marseillais : Merci.

Remerciements Manon

Merci à mes parents, pour leur amour inconditionnel, leur présence à mes côtés et les valeurs qu'ils m'ont transmis. Vous êtes le roc sur lequel je me suis construit. Je vous aime de tout mon coeur.

Merci à mon frère et à mes sœurs qui m'ont vu et fait grandir, ainsi qu'à leurs conjoints et leurs enfants (toujours plus nombreux) pour ces moments précieux en famille. Profitez de la vie et pensez parfois à ralentir un peu ...

Merci à mes grands parents, mes oncles/tantes, mes cousins et cousines.

Merci aux Moussiegt, ma famille d'adoption pour leur bienveillance et leur humour. Je me sens bien chez vous.

Merci à Antoine de partager ma vie depuis quelques années, les bons et les mauvais moments nous rendent toujours plus fort. A tes côtés, les défis à venir me font moins peur. Le meilleur reste à imaginer ... et à construire !

Merci à Nina, mon petit poulet, toujours pleine de vie, de curiosité et de sourires. Te voir grandir est ma plus grande joie.

Merci au petit second que j'ai hâte de rencontrer...

Donnez moi l'énergie de bâtir votre monde de demain.

Merci aux services où je suis passée et où j'ai appris mon futur métier. Aux médecins, aux équipes soignantes, à mes co internes, pour les moments partagés durant mon externat et mon internat. Merci à ceux qui m'ont inspiré et fais entrevoir une médecine respectueuse et désirable. Merci aussi à ceux qui m'ont montré ce que je ne veux pas devenir.

Merci à Kinga, d'avoir été une binôme de choc. Travailler avec toi a toujours été simple et agréable ! Je suis heureuse de t'avoir rencontré et j'espère bien te revoir dans d'autres circonstances que celles de ces derniers mois !

Merci aux différents amis de la fac, qui ont rendu ces années festives, intenses et agréables : les copains du Dragibus, de l'AMPc, de la Crit team, du Sénégal, de la coloc Saint Pierre et Farjon, des aprem slackline, et tous les autres : amis d'un soir ou de toujours.

Merci aux amis d'avant et d'ailleurs :

- les plus vieux et les plus solides : les compagnons du Cameroun
- le lycée : de l'adolescence à aujourd'hui, toujours copains
- le cirque : de mes débuts à Cirqu'en bulles, en passant par les saucisses aériennes, jusqu'aux Aérialistes.

Merci aux amis de l'HP et aux militants : Où nous mènera l'aventure ? Je ne sais pas mais dans un sursaut de dignité, nous trouverons un moyen de vivre « autrement », j'y compte bien.

Respecter la nature et les hommes et répartir équitablement les richesses.

Merci à ces choses que j'oublis mais qui font partie de ma vie et de mon histoire.

Sommaire

1. Introduction.....	3
1.1 Contexte.....	3
1.2 Généralités.....	4
1.2.1 Définitions et concepts.....	4
1.2.2 Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur la santé : Bénéfices et risques.....	6
1.2.2.1 Bénéfices.....	7
1.2.2.2 Risques.....	12
1.2.3 Recommandations.....	14
1.2.3.1 Recommandations mondiales.....	14
1.2.3.2 Recommandations nationales.....	14
1.2.3.3 Recommandations destinées aux pouvoirs publics.....	16
1.2.3.4 Recommandations destinées aux professionnels de santé.....	16
1.2.3.5 Recommandations destinées aux professionnels de l'AP.....	16
1.2.3.6 Recommandations destinées à la recherche.....	17
1.2.4 Epidémiologie.....	17
1.2.5 Facteurs associés à l'activité physique et à la sédentarité.....	19
1.2.5.1 Facteurs associés à l'activité physique des adultes.....	19
1.2.5.2 Facteurs associés à l'activité physique des personnes âgées de plus de 65 ans.....	20
1.2.5.3 Facteurs associés à la sédentarité des adultes.....	21
1.2.5.4 Facteurs associés à la sédentarité des personnes de plus de 65 ans.....	21
1.2.6 Rôle du médecin traitant.....	22
1.2.6.1 L'évaluation minimale.....	22
1.2.6.2 Indication de la consultation médicale d'AP dédiée et/ou d'examens paracliniques.....	24
1.2.6.3 L'entretien motivationnel :.....	26
1.2.6.4 Autres approches de l'AP en consultation de médecine générale.....	27
1.2.6.5 Les différents niveaux de conseils et/ou de prescription d'activité physique.....	28
1.2.6.6 Les modalités d'une prescription d'AP (niveau 1 et 2) :.....	30
1.2.7 Efficacité des interventions de santé sur la pratique d'AP.....	31
1.3 Objectifs.....	32
2. Matériel et méthodes.....	33
2.1 Choix de la méthode.....	33
2.2 Type d'étude et recueil de données.....	33
2.3 Population de l'étude et recrutement :.....	33
2.4 Mode d'analyse des données :.....	34
2.5 Cadre éthique :.....	34
3. Résultats.....	35
3.1 Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens.....	35
3.2 Résultats principaux.....	37
3.2.1 Les représentations individuelles de l'activité physique et de la sédentarité.....	37
3.2.1.1 L'activité physique et la sédentarité pour les patients : qu'est-ce que c'est ?.....	37
3.2.1.2 Comment se perçoivent ils : actifs ou inactifs ?.....	39
3.2.1.3 Pourquoi sont ils actifs ? L'activité physique se définit par sa finalité.....	40
3.2.2 Evolution au cours de la vie du rapport à l'activité physique.....	42
3.2.2.1 Influence de l'enfance.....	42
3.2.2.2 Maturation et évolution avec l'avancée dans l'âge :.....	43
3.2.2.3 Influence des évènements de vie.....	45
3.2.2.4 État motivationnel.....	46
3.2.2.5 Transmission aux générations futures.....	47
3.2.3 Influence de l'environnement.....	48
3.2.3.1. Influence de l'environnement naturel dans lequel évolue l'individu.....	48

3.2.3.2. Influence de l'environnement social et les relations aux autres individus.....	50
3.2.3.3. Influence de l'activité professionnelle et de la vie quotidienne.....	52
3.2.3.4. Influence du coût d'accès à une AP.....	53
3.2.4 Effets ressentis ou recherchés de l'activité physique.....	53
3.2.4.1 Les interactions entre le mental et la pratique de l'AP.....	54
3.2.4.2 Les interactions entre le corps et la pratique de l'AP.....	58
3.2.5 La relation avec le système de soins.....	61
3.2.5.1 Prévention de masse.....	61
3.2.5.2 Prévention ciblée en consultation.....	62
4. Discussion.....	65
4.1 Résultats principaux.....	65
4.2 Discussion méthodologique : force et faiblesse de l'étude.....	66
4.2.1 Population de l'étude.....	66
4.2.2. Discussion des lieux de recrutements de l'étude.....	67
4.2.3. Discussion sur l'analyse.....	67
4.2.4. Posture du chercheur.....	67
4.3 Discussion des résultats :.....	68
4.3.1 La mauvaise perception de l'activité physique.....	68
4.3.2 La conscience écologique est un nouveau vecteur de l'AP ?.....	68
4.3.3 Amener l'AP chez les enfants, développer un apprentissage technique ou favoriser l'imaginaire et l'amusement ?.....	71
4.3.4 Quel est l'impact d'un vécu positif de l'activité physique pendant l'enfance sur la personne adulte ?.....	72
4.3.5 La peur du vieillissement est une motivation et un levier pour la pratique de l'AP.....	73
4.3.6 Quelle est l'influence de la pression sociale sur l'AP des individus ?.....	75
4.3.7 Besoins humains fondamentaux et caractéristiques des motivations à l'AP.....	79
4.3.8 Place du médecin traitant dans la prévention et l'éducation à la santé : désuète ou d'actualité ?.....	84
5. Conclusion.....	89
6. Bibliographie.....	91
7. Annexes.....	91
7.1 Guide d'entretien.....	95
7.2 Fiche d'information patient.....	96
7.3 Demande Comité d'éthique (CE).....	98
8. Abréviations.....	99
9. Liste des tableaux et figures.....	100

1. Introduction

1.1 Contexte

« Mens sana in corpore sano »¹. Cet adage de Juvénal révèle le lien ancien et attesté, et ce depuis l'antiquité (Hippocrate, Aristote et Galien) (1) existant entre la santé et l'activité physique. Il fait alors plutôt référence à une notion d'équilibre dans la pratique de l'exercice physique, sans excès, avec mesure.

Cette idée est reprise par le mouvement hygiéniste du 19^{ème} siècle (2), mouvement émergent en réaction à la révolution industrielle et son irrévocable impact dans la société, qui va imposer un bouleversement profond du mode de vie des individus. Celui-ci se traduit par une diminution relativement franche de la dépense énergétique, autant dans les activités professionnelles que dans celles de la vie courante. Elle marque le début d'une véritable « pandémie » d'inactivité physique (3), entraînant avec elle son funeste cortège de pathologies liées à cette diminution de la dépense énergétique quotidienne.

De nombreuses études, notamment depuis les années 50 avec une série d'étude en épidémiologie sur les pathologies cardiaques des travailleurs, ont depuis fait émerger et affirmé le lien entre inactivité physique et ces différentes pathologies (2). Ces pathologies, finalement qualifiées de pathologies de « civilisations » sont, au fur et à mesure que l'on prenait conscience de leur impact, devenues un problème et un enjeu majeur des politiques de santé publique de ces dernières décennies.

En 2012, une étude parue dans « The Lancet » alertait en affirmant que l'inactivité physique était responsable de plus de 5 millions de décès dans le monde chaque année (4). En 2016, une nouvelle étude du même journal chiffrait le coût mondial en 2013 des problèmes de santé lié au manque d'activité physique à 67,5 milliards de dollars (5). Malgré ces résultats percutants et la prise de conscience sérieuse des problèmes de santé liés à l'inactivité physique par les pouvoirs publics et les professionnels de santé, les comportements sédentaires persistent et même, gagnent du terrain. Cette constatation révèle la difficulté à agir sur les habitudes de vie des individus et la relation complexe entre activité physique ou sport et

¹ « Un esprit sain dans un corps sain. » Juvénal soutient ainsi qu'il faut cesser d'implorer vainement les dieux mais requérir de leur part la santé physique et mentale.

santé du fait des nombreux paramètres dont elle dépend (âge, genre, état de santé, déterminants psychosociologiques, ...) (6).

Il semble donc urgent d'identifier les facteurs influençant l'activité physique, à l'échelle individuelle afin de pouvoir armer les différents acteurs dans ce combat contre la sédentarité et l'inactivité de la façon la plus appropriée possible.

Les médecins généralistes avec leur place de premier recours et leur rôle majeur dans la prévention, l'éducation à la santé et la coordination des soins constituent une pierre angulaire de cette lutte, à qui il convient de donner les outils nécessaires.

1.2 Généralités

1.2.1 Définitions et concepts

Afin de rendre notre propos intelligible, nous allons préciser quelques définitions indispensables à sa compréhension.

Activité Physique : Elle est définie ici comme « tout mouvement corporel produit par contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique par rapport à la dépense énergétique de repos » (7).

L'AP regroupe l'ensemble des activités qui peuvent être pratiquées dans différents contextes, en poursuivant des objectifs variés (utilitaires, sanitaires, sociaux, etc.).

Les principaux contextes de pratique d'AP sont le travail, les transports, les activités domestiques et les loisirs. Ces derniers incluent l'exercice physique, le sport et l'AP de loisir non structurée. (8)

Exercice physique : Il correspond à une AP planifiée, structurée, répétitive dont l'objectif est l'amélioration ou le maintien d'une ou plusieurs composantes de la condition physique. À l'inverse des activités sportives, l'exercice physique ne répond pas à des règles de jeu et peut être souvent réalisé sans infrastructures lourdes et sans équipements spécifiques. (9)

Sport : Le sport ou activité sportive est une forme particulière d'AP où les participants adhèrent à un ensemble commun de règles et d'objectifs bien définis. La pratique sportive comprend : le sport de haut niveau (en compétition) en club ; la pratique sportive de masse, avec parfois une composante « sport-santé » ; le sport scolaire ; et les pratiques sportives de loisirs ou en compétition, pratiquées en individuel ou en groupe non affiliées à une association. (9)

AP de loisir non structurée : Elle regroupe les activités physiques qui ne rentrent pas dans les catégories « Exercice Physique » et « Sport ».

Caractéristiques de l'activité physique :

- Les différentes AP peuvent être classées en 5 grandes catégories en fonction de leur **intensité**, estimée en MET (Equivalent métabolique : unité indexant la dépense énergétique lors de la tâche considérée sur la dépense énergétique de repos) :

- activités sédentaires < 1,6 MET ;
- 1,6 MET ≤ activités de faible intensité < 3 METs ;
- 3 METs ≤ activités d'intensité modérée < 6 METs ;
- 6 METs ≤ activités d'intensité élevée < 9 METs ;
- activités d'intensité très élevée ≥ 9 METs.

- La caractérisation de l'AP peut être complétée par des indications de **durée** (en minutes) et de **fréquence** (quotidienne ou pluri-hebdomadaire).

- Les **types** d'activités correspondent aux fonctions physiologiques sollicitées : cardio-respiratoire, musculaire, souplesse et équilibre. (8)

Repères d'intensité pour une activité cardio respiratoire modérée : Ils correspondent à un essoufflement modéré avec conversation possible, une transpiration modérée, une échelle de pénibilité de l'OMS (5 à 6/10) et à une fréquence cardiaque à 55 à 70 % de la maximale. Il peut s'agir pour une activité de la vie quotidienne à de la marche à 5 - 6,5 km/h ou à la montée d'escaliers à vitesse lente ; ou à une activité de loisir tel que le vélo à 15 km/h ou la nage. (8)

Inactivité physique : Elle est définie comme un niveau insuffisant d'AP d'intensité modérée à élevée. Il s'agit d'un niveau inférieur à un seuil d'AP recommandé. Les seuils retenus pour définir l'inactivité sont ceux définis par l'OMS (2010) soit 30 minutes d'AP d'intensité modérée au minimum 5 fois par semaine pour les adultes et 60 min/j pour les enfants et adolescents. (8)

Elle s'oppose donc à **une personne active physiquement** qui a une AP dont le niveau est supérieur ou égal au seuil d'AP recommandé.

Sédentarité : Elle est définie par une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique faible (inférieure à 1,6 MET) souvent en position assise ou allongée. La sédentarité (ou comportement sédentaire) est donc définie et considérée distinctement de l'inactivité physique, avec ses effets propres sur la santé. (8)

Les méta-analyses disponibles sur la sédentarité montrent que le risque de mortalité chez les adultes augmente régulièrement quand le temps d'activité sédentaire est supérieur à 3h par jour (10), et ce de façon plus marquée lorsque ce temps dépasse 7h par jour (11). Ces limites de 3h et 7h ont donc été retenues dans la construction de l'indicateur.

Ainsi, l'indicateur du niveau de sédentarité est défini selon la durée totale des activités sédentaires, en 3 classes : faible (< 3h/j), modéré (3-7h/j), élevé (> 7h/j). (12)

Nous reprenons également deux concepts pour contextualiser le rôle du médecin traitant.

Santé : Selon l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » et représente « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». (13)

Prévention : Elle est définie par la HAS comme l'ensemble des mesures qui consistent à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités.

Sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence.

1.2.2 Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur la santé : Bénéfices et risques

Les bénéfices pour la santé de la pratique régulière d'une activité physique semblent incontournables, quels que soient l'âge et le sexe. Cependant les risques auxquels la pratique expose sont réels et peuvent être sévères. Il convient donc également de les prendre sérieusement en compte.

De plus, le niveau de preuve pour l'évaluation du bénéfice et des risques de l'AP est très faible compte-tenu du peu d'essai au long cours randomisés de taille suffisante et de l'échec de beaucoup d'entre eux. Les essais randomisés et contrôlés sont le « gold standard » pour tester

les interventions en clinique et en recherche. De telles approches ne sont cependant pas toujours réalisables, appropriées ni même éthiques à l'échelon des populations, notamment lorsqu'il s'agit de comportements. Dans ces situations, il est nécessaire de s'appuyer sur des études de nature diverses (études d'observations transversales ou longitudinales, cohortes de large envergure, études contrôlées mais non randomisées, approches expérimentales ciblant les mécanismes portant souvent sur de petits nombres de sujets,...) et d'évaluer la concordance ou la discordance des données disponibles afin d'établir la meilleure évidence possible. (14)

En 2012, la DGS (Direction générale de la Santé) a saisi l'ANSES afin d'actualiser les repères du PNNS en faisant une révision des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Pour cela, l'ANSES a utilisé comme socle initial de connaissance l'expertise collective INSERM 2008 qu'elle a enrichie avec des études plus récentes permettant ainsi de compléter les connaissances et d'étendre le champ d'expertise à d'autres problématiques actuelles en lien avec l'activité physique et sportive. Dans son expertise, elle dresse un tableau des bénéfices et risques liés à la pratique d'une activité physique et sportive, présenté succinctement ici. (8)

1.2.2.1 Bénéfices

A ce jour, l'activité physique et sportive est considérée comme l'un des moyens efficaces pour réduire l'incidence des maladies non transmissibles.

a. Mortalité générale

- Activité physique et mortalité :

- De nombreuses études de cohorte concordantes indiquent que la pratique d'une activité physique régulière et une meilleure capacité cardio-respiratoire sont associées à une diminution de la mortalité globale, chez le sujet jeune comme chez le sujet âgé, chez la femme comme chez l'homme (la présomption est forte mais en l'absence d'études randomisées et contrôlées, le niveau de preuve est de grade C). (15)(16)
- La pratique d'une activité physique régulière serait associée à une réduction de la mortalité précoce toutes causes confondues 29 à 41 % selon le rapport de l'ANSES.
- Une AP inférieure à une heure par jour augmenterait la mortalité de + 33 %.
- Un effet-dose semble exister : plus l'intensité et plus la durée de pratique augmentent, plus la mortalité diminue.(17)

- Sédentarité et mortalité

- Plus le temps quotidien passé en position assise augmente, plus les conséquences sur la mortalité sont importantes. La sédentarité est le **4eme facteur de risque de mortalité dans le monde** (6%), après l'HTA, le tabac et l'hyperglycémie ex aequo.

- Activité physique et sédentarité

- L'activité physique d'intensité modérée à élevée pourrait atténuer les effets de la sédentarité sur la mortalité, particulièrement chez les sujets dont le temps de sédentarité est supérieur à 7 h quotidiennes.

b. Diabète de type 2

- L'AP, associée aux autres mesures hygiéno-diététiques, est un moyen majeur de prévenir ou de retarder la survenue d'un DT2 chez des sujets à risques, selon plusieurs essais randomisés et contrôlés menés dans des populations à risque élevé de diabète (Grade B). Deux études d'intervention randomisées (Diabetes Prevention Study en Finlande et Diabetes Prevention Program aux USA) menées chez respectivement 522 et 3324 adultes intolérants au glucose. (18)(19)
- Ces effets s'observent quel que soit l'IMC et seraient indépendants de la perte de poids et de l'alimentation. Ils sont mis particulièrement en évidence chez les sujets à risque élevé de DT2 : les personnes intolérantes au glucose, en surpoids ou obèses. (20)
- La sédentarité constitue un facteur de risque de développer un DT2 et ce indépendamment de la pratique d'AP (+ 14 % pour 2 h quotidiennes de télévision) selon l'ANSES.
- Concernant les patients diabétiques de type 2 et obèses, selon une sous-analyse de l'étude Look AHEAD, une intervention intensive sur le mode de vie semblait améliorer la condition physique de diabétiques obèses et faire progresser le contrôle glycémique sans que cela ait été prouvé à ce jour. (21)

c. Obésité

- Dans un grand nombre d'études transversales dans différentes populations, une association inverse est retrouvée entre le niveau habituel d'activité physique ou la condition physique d'une part, et différents indicateurs d'obésité d'autre part. (22)
- Les études prospectives sont moins nombreuses. Leurs résultats indiquent que l'activité physique peut jouer un rôle d'atténuation du gain de poids au cours du temps (grade C), sans toutefois permettre de prévenir complètement le phénomène, ni promouvoir une perte de poids au niveau des populations. Aucune étude n'a prouvé l'efficacité de l'AP dans la perte de poids, sans ou sous régime.

d. Maladies cardio-vasculaires :

Les études des effets de l'exercice physique en prévention primaire des évènements cardiovasculaires sont décevantes et n'ont pas permis de démontrer d'efficacité dans la prévention primaire des évènements cardiovasculaires majeurs. En cause, la petite taille des essais, les effets modestes des programmes d'exercice physique sur les facteurs de risque traditionnels (dyslipidémie, HTA, DT2) et la difficulté à extrapoler à la population générale des résultats obtenus dans des populations d'essais cliniques, observantes et sans comorbidités majeurs. En revanche, le niveau de preuve est plus élevé en prévention secondaire chez le coronarien.(23)(24)

On retrouve des chiffres assez importants dans certaines études où il semble exister une relation inverse entre le niveau d'AP et la mortalité d'origine cardiovasculaire :

- Une AP régulière permet de diminuer la prévalence et l'incidence des coronaropathies de 20 à 50 %. Pour les accidents vasculaires, cette réduction est évaluée à 60%, si l'AP est d'intensité modérée à élevée.
- Plus de 7 h/j en position assise augmentent de 85 % la mortalité d'origine cardiovasculaire, comparativement aux personnes qui passent moins d'1 h/j devant la télévision.
- Une activité physique élevée diminue le risque de coronaropathie mais ne fait pas disparaître le risque augmenté lié à l'obésité. (25)

Ces résultats sont cependant à mettre en balance avec d'autres études n'ayant pas réussi à mettre de bénéfiques en évidence, comme l'étude Look AHEAD qui n'a pas permis d'apporter de preuve concernant l'amélioration du pronostic cardio-vasculaire des patients diabétiques obèses malgré l'amélioration de la condition physique. (21)

e. Cancers

Les rapports de consensus récents de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer (14) ont conclu que les données les plus probantes concernent l'effet bénéfique de l'activité physique vis à vis du cancer du colon, chez l'homme et la femme, et du cancer du sein chez la femme (grade C).

Cancer du côlon :

- En 2008, 18 % pour les hommes, et 20 % pour les femmes des cancers du côlon ont été attribué au manque d'activité physique. L'évidence scientifique sur l'effet bénéfique de l'activité physique sur la prévention du cancer du côlon est de type "convaincante". (26)

- Sur 51 études portant sur le cancer du côlon et le cancer colorectal, 43 ont démontré une diminution du risque chez les sujets ayant l'activité physique la plus intense avec une réduction moyenne de l'incidence de 40 à 50 %. (27)

Cancer du sein :

- Le niveau de preuve scientifique sur le bénéfice de l'AP sur la prévention du cancer du sein est de type « probable » chez les femmes ménopausées ou non. Le risque relatif est diminué de 10 à 27 % chez les femmes plus actives comparées aux moins actives.

L'activité physique démarrée après le traitement du cancer diminue le risque de récurrence de 50 à 60 % pour le cancer du sein et le cancer du côlon.

f. Maladies respiratoires :

- L'AP régulière (intensité modérée à élevée) permet de limiter l'altération avec les années de marqueurs fonctionnels considérés comme précurseurs de BPCO. Elle permettrait de prévenir sa survenue dans environ 21%.
- La pratique modérée et régulière d'AP contribue à améliorer l'état pulmonaire de patients asthmatiques.
- La sédentarité est associée à une altération plus marquée du VEMS.

g. Maladies ostéo-articulaires :

Arthrose :

- Les études n'ont montré aucun signe d'augmentation du risque d'arthrose de la hanche ou du genou avec un exercice modéré et en l'absence de blessure traumatique.
- La régularité de l'AP ne semble pas augmenter le risque ou la progression de l'arthrose : Une étude qui comparait des coureurs de loisir de plus de 60 ans à un groupe témoin n'a montré aucune augmentation de l'arthrose radiographique incidente de la hanche sur une période de 9 ans. La combinaison d'une force musculaire et d'une proprioception améliorée et d'un IMC réduit protège les articulations. (28)
- Cependant, trop d'exercice ou de blessure articulaire peuvent entraîner une arthrose. Les blessures avec lésions articulaires sont le principal facteur de risque d'arthrose. Une sensibilisation accrue aux risques grâce à des programmes de prévention des blessures appropriés est essentielle pour tous les sports à tous les niveaux.
- L'AP peut être envisagée comme une thérapie à part entière de l'arthrose, diminuant la sensation de douleur et améliorant la fonction articulaire, cependant il y a un réel

manque d'études randomisées chez l'homme portant sur les effets de l'AP comme thérapeutique structurale de la gonarthrose. (29)

Ostéoporose :

- L'exercice physique est associé à une augmentation du capital osseux et entraîne une augmentation de la densité minérale osseuse (grade B) indépendamment de l'âge (). Il joue de ce fait un rôle important dans la prévention et le traitement des différents syndromes de perte osseuse dont l'ostéoporose. Des analyses quantitatives démontrent que l'activité physique en aérobie ou en résistance contribue à maintenir la masse osseuse au niveau vertébral et fémoral chez la femme ménopausée (grade A). Il faut cependant noter que l'augmentation de la densité osseuse sous l'effet de l'activité physique dépend fortement des apports calciques .

h. Maladies neuro dégénératives

- Un certain nombre de travaux observationnels suggèrent que la pratique physique permet de retarder l'entrée dans la démence et de ralentir le déclin cognitif. Cela s'expliquerait par le fait qu'elle permettrait une réduction des risques cardio-vasculaires en protégeant mieux le cerveau. Même si, par manque de données issues d'études randomisées d'envergures, on ne peut pas encore l'affirmer chez l'homme, l'impact positif d'une AP sur la prévention du déclin cognitif est largement reconnu. (30)
- *Maladie de Parkinson* : La pratique d'une AP régulière serait associée à une diminution du risque d'apparition de la maladie de Parkinson. Certaines périodes de la vie semblent particulièrement efficaces pour permettre de diminuer le risque, notamment entre 35 et 40 ans et en fin de vie ; le risque étant diminué de 40 % pour les personnes ayant pratiqué une AP lors de ces 2 périodes.

i. Santé mentale et qualité de vie

- La pratique régulière d'une activité physique d'intensité modérée à élevée exerce un effet protecteur vis à vis de la survenue du stress psychologique, de l'anxiété, les manifestations de dépression et de la qualité de vie. Sa promotion serait très efficace en milieu professionnel (grade C) . Quelques études d'intervention, le plus souvent sur de petits échantillons, suggèrent également un effet favorable dans la prise en charge de la dépression () mais les données des études d'observation sont contradictoires.

j. Amélioration qualité du sommeil :

- L'activité physique régulière agit directement sur l'amplitude et la synchronisation de la rythmicité circadienne en augmentant la quantité et la qualité du sommeil et améliore la qualité de l'éveil diurne.

1.2.2.2 Risques

a. Risques locomoteurs liés à la pratique de l'activité physique.

- Ces risques restent difficiles à évaluer, le taux de blessures et leur gravité sont toutefois faibles (9 à 16 % de déclaration de blessure par année de pratique). A l'origine de cette traumatologie, on retrouve des facteurs personnels (âge et niveau d'expertise) et des facteurs extrinsèques (caractéristiques du sol, du matériel, des équipements et conditions climatiques).
- Nous retrouvons le risque de fractures de fatigue, dont les causes identifiées sont la sur sollicitation et le manque de récupération. Elles surviennent parfois dans un contexte de troubles du comportement alimentaire (anorexie de l'athlète), qui peuvent être responsable d'une augmentation du risque cardiovasculaire et de désordres des systèmes endocrinien et reproductif pouvant aller jusqu'à une diminution de la densité minérale osseuse globale. (29)
- La gonarthrose est également retrouvée, soit après une rupture du ligament croisé antérieur (dont le sport est un facteur de risque) soit dans le cadre d'une accumulation de traumatismes jugés bénins par le sportif. Cette prévalence de l'arthrose pourrait être largement influencée par le taux de blessure, peut-être même plus que par pratique du sport en elle-même. (31) Une étude compare des footballeurs de haut niveau à un groupe témoin : les anciens athlètes avaient plus d'arthrose radiologique mais se plaignaient moins de douleurs. (32)
- Les patients avec des articulations mécaniquement anormales (mauvais alignement ou troubles congénitaux et développementaux) présentent tôt des hanches douloureuses s'ils participent à des sports de contact (sport avec contact physique entre les participants : arts martiaux ou rugby).
- La faiblesse du quadriceps, survenant dans les lésions aiguës et chroniques du genou, peut accélérer le processus d'arthrose, en raison de la stabilité réduite des articulations. Cet effet peut varier entre l'articulation normale et mal alignée.

b. Risques cardio-vasculaires liés à la pratique de l'activité physique.

- Le risque de réactions cardio-vasculaires indésirables durant l'AP est extrêmement faible, l'incidence annuelle des morts subites est évaluée à 4-5 cas par million d'habitants chez les adultes et les adolescents apparemment en bonne santé et est compensé par les bienfaits considérables que l'AP confère pour la santé. (Risque CV de l'AP chez des gens apparemment en bonne santé)
- L'exercice augmente de manière transitoire le risque relatif d'incidents cardio-vasculaires dans une proportion variant de 2 à 56 fois plus par rapport à ce à quoi on s'attend au repos, uniquement au hasard. (Données de niveau 2)
- Des données probantes de niveau 2 existent à l'appui d'un plus grand risque de l'AP chez les patients ou les circonstances qui suivent : quand on effectue un exercice d'une intensité vigoureuse croissante (≥ 6 METS); chez les hommes, surtout s'ils ont des antécédents d'AP limitée et chez les personnes plus âgées.
- Des symptômes d'étourdissements ou de syncope, un malaise thoracique et un essoufflement inexplicable pendant ou après l'AP sont associés à des incidents cardiovasculaires non fatals ou à une mort subite cardiaque et devraient faire l'objet d'un suivi. Par ailleurs, dans la plupart des cas de mort subite cardiaque, le décès est le premier incident clinique et, par conséquent, la pathologie sous-jacente n'est pas reconnue.

c. Dépendance et comportements compulsifs

- Les dérives comportementales de dépendance psychologique sont principalement rencontrées chez des individus très entraînés (plus de 10 heures par semaine d'activités d'intensité élevée à très élevée).

d. Risques liés à l'environnement de pratique : chaleur et pollution

- L'exercice physique en climat chaud peut être à l'origine d'incidents de gravité variable, allant des simples crampes musculaires jusqu'au coup de chaleur d'exercice à la gravité extrême (défini par une température corporelle supérieure à 40°C et des troubles neurologiques en lien avec l'effort).
- L'exercice en ambiance polluée peut majorer les effets sanitaires des polluants issus de la combustion ou de l'ozone. Cependant les effets bénéfiques de la pratique de l'activité physique semblent supérieurs aux effets néfastes liés aux polluants.

1.2.3 Recommandations

Au vu des bénéfices attendus de l'AP et des risques associés à la sédentarité, des recommandations ont été établies à diverses échelles pour promouvoir l'AP dans la population. Nous les passons ici en revue.

1.2.3.1 Recommandations mondiales

Les recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé proposées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (33) ont pour but d'orienter l'action générale visant à la promotion de l'AP pour la santé, dans le cadre de l'élaboration des politiques nationales et met en relief les questions devant être examinées par les décideurs lors du processus d'adaptation au contexte national. Elles proposent une base scientifique cohérente, utilisable par les scientifiques, les professionnels de santé, les journalistes, les groupes de pression et le grand public. À l'échelle nationale, les décideurs sont incités à incorporer les niveaux recommandés d'AP sur le plan mondial, dans les politiques nationales, en prenant en considération les options les plus appropriées et les plus réalisables. Il s'agit de tenir compte des besoins de la population, du contexte culturel, des caractéristiques et des domaines d'activité mais aussi des ressources nationales, tout en cherchant à adopter une démarche participative et socialement ouverte, notamment à l'égard des groupes les plus vulnérables.

1.2.3.2 Recommandations nationales

Au niveau national, l'ANSES propose des recommandations adaptées aux différentes classes d'âge et aux populations spécifiques. On y trouve des informations beaucoup plus détaillées que dans les recommandations mondiales : des propositions de contexte dans lesquels réaliser l'AP dans la vie quotidienne, des conseils pour atteindre les objectifs, les précautions à prendre ainsi que des recommandations pour chaque type d'AP (cardio respiratoire, renforcement musculaire, assouplissement). On voit aussi apparaître des recommandations concernant la sédentarité.

Adultes

Les AP développant l'aptitude cardio-respiratoire devraient présenter les caractéristiques suivantes :

- au moins 30 min d'AP par jour d'intensité modérée à élevée. Des bénéfices supplémentaires sur la santé peuvent être obtenus avec une pratique de 45 à 60 min.
- répétées au moins 5 jours par semaine, et si possible tous les jours.

La marche étant une activité particulièrement accessible, 7 100 et 11 000 pas quotidiens sont recommandés pour les adultes.

Les AP de renforcement musculaire contre résistance : réalisées lors de séances dédiées, devraient présenter 8 à 10 exercices différents impliquant les membres supérieurs et inférieurs, répétés 10 à 15 fois par série ; chaque série peut être répétée 2 à 3 fois ; ils sont recommandés 1 à 2 fois par semaine.

Les exercices d'étirement, d'assouplissement et de mobilité articulaire doivent être réalisés régulièrement, au minimum 2 à 3 fois par semaine. Par simplicité, c'est la réalisation d'exercices d'étirements passifs qui est le plus souvent conseillée.

Sédentarité

Quel que soit le contexte, il est recommandé de réduire le temps total quotidien passé en position assise, autant que possible mais aussi d'interrompre les périodes prolongées passées en position assise ou allongée, toutes les 90 à 120 min, par une AP de type marche de 3 à 5 minutes, accompagné de mouvements de mobilisation musculaire.

Le temps passé assis devant un écran étant du temps sédentaire. Il nous a paru important de citer les recommandations à ce sujet :

- éviter l'exposition aux écrans avant l'âge de 2 ans ;
- entre 2 et 6 ans : limiter l'exposition à moins d'une heure par jour ;
- jusqu'à 11 ans : éviter de dépasser 120 minutes par jour ;
- au delà : il est déconseillé de rester plus de 2 heures consécutives en position assise ou semi-allongée (hors sommeil).

Plus de 65 ans :

Concernant les AP sollicitant les aptitudes cardio-respiratoires, il est recommandé de pratiquer au moins 30 min d'AP cardio-vasculaires d'intensité modérée ou 15 min d'intensité élevée par jour ou une combinaison d'activités physiques d'intensité modérée et élevée, au moins 5 fois par semaine.

Concernant les AP de renforcement musculaire, de souplesse et les temps de sédentarité, les recommandations sont presque similaires à l'adulte de moins de 65 ans.

Connaissance des recommandations par le grand public (12)

D'après l'étude INCA3, 71% des adultes âgés de 18 à 79 ans pensent qu'il faut pratiquer au moins 30 minutes d'activité physique par jour pour être en bonne santé (recommandation de l'OMS). Chez les adultes de 45 à 64 ans, la connaissance de ce repère sur l'activité physique varie

selon le sexe, les hommes étant plus nombreux que les femmes à le connaître. Cette tendance ne se retrouve pas pour les autres tranches d'âge.

1.2.3.3 Recommandations destinées aux pouvoirs publics

Elles sont les suivantes :

- mener des actions d'information, de promotion et d'incitation à la pratique ; informer sur les offres de pratique d'AP ;
- sensibiliser à la problématique et incitation à la réduction de la sédentarité ;
- favoriser la diversification des activités physiques ;
- sensibiliser les professionnels de l'urbanisme, de la santé, etc., au cours de leur formation, à l'intérêt de favoriser la mobilité active.

Il existe également des recommandations spécifiques concernant l'urbanisme, le milieu éducatif et le milieu professionnel. (8)

1.2.3.4 Recommandations destinées aux professionnels de santé

Elles s'adressent autant aux médecins qu'aux autres professionnels de santé (pharmaciens, kinésithérapeutes, etc.). Les informations à transmettre concernent :

- les bénéfices et les risques de l'AP et de la sédentarité, au regard de l'émergence et l'augmentation de l'incidence des pathologies chroniques, des facteurs de risque de ces pathologies, de la qualité de vie et du bien-être ;
- la promotion de l'AP et de la réduction de la sédentarité, pour toutes les catégories de population ;
- la formulation de conseils de pratique de l'AP, adaptée aux caractéristiques de la personne (notamment des conseils de progressivité, de moyens de mise en place et de maintien de la pratique, des objectifs à fixer, des risques liés).

1.2.3.5 Recommandations destinées aux professionnels de l'AP

Elles préconisent de :

- tenir compte et faire appliquer la spécificité de l'AP en fonction des périodes de la vie : croissance, maturation, vieillissement, etc. ;
- considérer les déterminants et les facteurs associés à l'AP pour construire une offre de pratique permettant de fidéliser les pratiquants et de promouvoir l'AP ;
- renforcer la formation des intervenants sur la connaissance des bénéfices de l'AP sur la santé en prévention primaire afin de promouvoir l'AP ;
- introduire dans les formations des contenus portant sur les moyens pour modifier les

comportements et adopter un mode de vie actif ;

- consolider les connaissances et les compétences des intervenants sur les différentes modalités de l'AP et ses effets sur les composantes de la santé en fonction de la population ;
- connaître les effets bénéfiques et les risques de l'AP dans le cadre des maladies chroniques, des déficiences motrices et mentales ;
- sensibiliser les pratiquants sur les méfaits de la sédentarité et leur fournir les moyens de la réduire.

1.2.3.6 Recommandations destinées à la recherche

Compte tenu de l'état actuel de la littérature scientifique, le groupe de travail de l'ANSES a établi une liste de pistes de recherche à entreprendre dans les différents groupes de populations.

1.2.4 Epidémiologie

Les bénéfices de l'AP n'étant plus à prouver et les recommandations étant fortement incitatives à la pratique d'AP, nous nous sommes intéressés à l'épidémiologie actuelle de cette pratique en France pour évaluer sa concordance avec les éléments précédemment cités.

Malgré les données récentes, il est difficile aujourd'hui de délivrer des chiffres précis concernant le taux de pratique de l'activité physique à l'échelle nationale. Il existe en effet peu d'études scientifiques publiées sur la prévalence de l'activité physique chez les français. Néanmoins plusieurs enquêtes nationales ont été conduites depuis les années 2000 : l'ENNS (Étude Nationale Nutrition Santé) en 2006 (34), l'Inca 2 (Étude Individuelle nationale des consommations alimentaires) en 2009 (35), le baromètre santé nutrition en 2008 (36), l'EPPS (Enquête sur les pratiques physiques et sportives) en 2010 (37), l'ENTD (Enquête nationale sur les transports et les déplacements) en 2008 (38) et l'enquête Eurobaromètre « sport et santé » publiée en 2014 (39).

Ces enquêtes permettent d'apprécier le niveau de pratique de l'AP à l'échelle nationale, et de les décrire. Néanmoins ces études sont inhomogènes. Les mesures de l'activité physique sont réalisées par des questionnaires différents selon les études (questionnaire Ipaq, Gpaq), les tranches d'âges étudiées ne sont pas identiques, conduisant à des interprétations différentes des données. De plus les méthodes de mesures utilisées ne permettent pas de caractériser l'AP pratiquée par les répondants mais seulement de les quantifier temporellement.

L'ONAPS et l'ANSES ont établies toutes les 2 un rapport, nous permettant de faire ressortir des chiffres intéressants concernant la **population des adultes français** : (8,12)

- 1/3 de la population adulte française a un niveau bas d'activité physique (25 à 37% de la population) (ONAPS)
- Moins de 37 % des adultes et moins de 32 % des personnes de plus de 65 ans sont considérées comme actifs (selon les recommandations de l'OMS) (ANSES)
- L'enquête Eurobaromètre 2014 montre une augmentation de 8 %, par rapport à 2009, de la part des Français qui ne pratiquent aucune AP de loisir. (ANSES)
- Les hommes sont plus nombreux que les femmes à pratiquer une activité physique (ANSES). Ils sont également plus nombreux que les femmes à pratiquer une activité physique élevée. (ONAPS)
- La proportion d'hommes ayant un niveau d'activité physique élevé diminue avec l'âge alors que cette proportion est stable chez les femmes. (ONAPS)
- Les niveaux d'activité physique diffèrent selon les régions. (ONAPS)
- La proportion d'adultes ayant un niveau d'activité physique élevé est plus importante en zone rurale qu'en zone urbaine. (ONAPS)
- Les cadres et professions intermédiaires, les personnes titulaires du baccalauréat ou plus, et les personnes aux revenus les plus élevés présentent des taux de pratique plus élevés que celles à revenus plus faibles. Elles sont également plus nombreuses à pratiquer une activité encadrée et à participer à des compétitions. (ANSES)
- Les retraités et les personnes sans emploi ont de plus faibles niveaux d'AP que les personnes en activité. (ANSES)
- Les modes de déplacement actifs (marche et vélo) sont davantage utilisés dans les villes et le centre de grandes agglomérations que dans le contexte périurbain où ces modes de déplacement sont délaissés. (ANSES)

Concernant l'épidémiologie de l'activité physique chez les **enfants et les adolescents**, nous retrouvons les données ci dessous :

- Moins de 34 % des enfants pratiquent une AP tous les jours et moins de 50 % pratiquent quotidiennement des jeux de plein air. (ANSES)
- Chez les adolescents : 12 % des adolescents de 11 à 14 ans pratiquent quotidiennement 60 min d'AP d'intensité au moins modérée et 43 % des adolescents de 15 à 17 ans pratiquent au moins 30 minutes d'AP d'intensité modérée à élevée. (ANSES)

Concernant la **sédentarité**, il est également difficile de donner des chiffres. Actuellement la sédentarité est mesurée le plus souvent par le temps passé assis devant un écran, en dehors du temps scolaire pour les enfants et du temps de travail pour les adultes. Le temps total dans des activités sédentaires est donc très certainement sous-estimé. Ces études retrouvent :

- Chez les adultes, une durée moyenne quotidienne de « sédentarité », hors temps de travail, de 3 heures 30 minutes par jour. (ONAPS) Entre 3 h 20 et 4 h 40 selon l'ANSES, et de façon plus globale au moins 5 heures par jour dans des activités sédentaires. (ANSES)
- Le comportement sédentaire diffère selon l'âge. Il est de 6 h 25 de moyenne entre 15-25 ans et de 3 h 45 entre 55 et 64 ans. Les jeunes adultes passent plus de temps assis que leurs aînés. (ANSES)
- Les femmes ont globalement moins de comportements sédentaires que les hommes. (ONAPS)
- Plus le niveau d'AP est limité, plus le niveau de sédentarité est élevé. (ONAPS)
- Entre 3 et 17 ans, les jeunes passent en moyenne plus de 2 heures quotidiennes, assis face à un écran. (ANSES)
- Pour les plus de 65 ans, le temps passé assis dans des activités sédentaires, intégrant le temps passé devant un écran, se situe au-delà de 3 heures quotidiennes.

1.2.5 Facteurs associés à l'activité physique et à la sédentarité

Le paradoxe entre les bénéfices de l'AP et le niveau de pratique de la population française malgré les recommandations, nous incite à porter notre attention sur les facteurs pouvant expliquer les raisons pour lesquelles certaines personnes sont plus actives que d'autres.

Il existe un grand nombre d'études qui cherchent à identifier les déterminants de l'activité physique et de la sédentarité. Cependant la plupart de ces études n'évaluent que l'association statistique, et ne permettent pas de fournir la preuve d'un lien de causalité entre ces facteurs et l'activité physique. (40)

Les facteurs associés varient selon les populations d'âge. Nous nous intéresserons ici seulement aux adultes et personnes de plus de 65 ans, sans parler des populations spécifiques que sont les enfants et adolescents, les femmes enceintes et les personnes avec limitations fonctionnelles. (8)

1.2.5.1 Facteurs associés à l'activité physique des adultes

- Facteurs associés à la pratique d'une activité physique
- Démographiques et biologiques : être jeune, de sexe masculin, d'un niveau d'éducation élevé,

d'origine ethnique caucasienne, sans ou avec peu de surpoids, avec une perception de l'effort vécue comme peu pénible, disposer de soutiens sociaux et être en bon état de santé.

- Génétiques : le polymorphisme génétique influencerait sur le niveau d'AP spontanée et les réponses physiologiques à l'AP (Une étude évaluant l'impact du gène CKMM sur la réponse VO₂max à l'entraînement en endurance montrait sa contribution à des différences individuelles). (41)

- Psychosociaux : le niveau d'AP n'est pas ou très faiblement associé aux traits de personnalité. Chez les hommes et les femmes, les événements tels que le passage à l'université, avoir des enfants ou se remarier sont associés à une baisse des niveaux d'AP.

- Cognitifs et émotionnels : l'auto-efficacité, l'auto-motivation, et les processus de changement de comportements mis en œuvre, le plaisir dans la pratique et les bénéfices attendus.

- Comportementaux : les antécédents d'activité physique et importance du rôle de l'adhésion à un club de sport dans le maintien d'une pratique.

- Socio-économiques : l'AP totale est plus élevée mais l'AP de loisirs plus faible pour les catégories socio-économiques faibles et accomplissant de nombreuses heures de travail supplémentaires.

- Environnement : urbanisme, transports publics, densité de population. Il est important de signaler que les études qui se sont intéressées aux relations entre l'environnement et l'activité physique produisent des résultats encore contradictoires du fait de la multiplicité des facteurs pouvant influencer sur les comportements, des méthodes de mesure ou des indicateurs utilisés.

- Les facteurs associés à la non-pratique d'une activité physique sont le manque de temps, les troubles de l'humeur, l'intensité de l'activité physique et la difficulté de l'effort perçu.

1.2.5.2 Facteurs associés à l'activité physique des personnes âgées de plus de 65 ans

- Facteurs associés à la pratique

- Sociodémographiques : L'état de santé ou la perception de cet état est un facteur déterminant du maintien d'une AP.

- Psychosociaux : l'intention de faire de l'exercice, la planification de l'action, l'auto-efficacité, l'étape de changement de comportement, ainsi que la réalisation d'objectifs physiques et psychologiques sont des déterminants psychosociaux de l'initiation d'une AP ;

- Comportementaux : les antécédents d'AP au cours de l'âge adulte sont déterminants dans l'initiation et le maintien d'une activité physique. En France, le passage à la retraite est associé à une augmentation de l'AP de loisirs.

- Environnement : Le potentiel piétonnier est associé au niveau de marche lié au transport actif. La présence de lieux et d'installations de loisirs à proximité, l'environnement de transports et

social seraient associés à la pratique d'AP. Certains facteurs tels que les facteurs psychosociaux peuvent interagir plus fortement avec l'environnement : ainsi, l'auto-efficacité, le soutien social associé à un environnement favorable favorise l'AP des personnes âgées.

- Les facteurs associés à la non pratique sont les croyances liées à l'AP (selon lesquelles, elle ne serait pas importante pour la santé, ou même dangereuse), la perception d'une fragilité, le manque de soutien social, les antécédents d'habitudes sédentaires, des difficultés d'accessibilité, l'apathie et d'autres priorités ont été rapportés. Nous retrouvons aussi l'état de stress comme un déterminant négatif du maintien d'une AP.

1.2.5.3 Facteurs associés à la sédentarité des adultes

Un temps élevé passé devant la télévision est associé à un niveau d'éducation plus faible, un IMC plus élevé, à l'avancée en âge et au fait d'être sans emploi ou à ne pas travailler à plein temps. Les symptômes dépressifs et une faible satisfaction vis à vis de la vie ont tendance à être associés à un comportement sédentaire.

1.2.5.4 Facteurs associés à la sédentarité des personnes de plus de 65 ans.

Chez les femmes de plus de 65 ans, les représentations liées au comportement sédentaire sont plutôt positives (besoin de repos, de conserver de l'énergie). Le comportement sédentaire des personnes de plus de 70 ans pourrait être prédit par des déterminants identifiés à l'âge adulte (vers la quarantaine) tels que le célibat, le niveau d'éducation faible, la vie en appartement, l'obésité, une pathologie cardiaque.

Une approche exhaustive est donc proposée pour expliquer les disparités de la pratique d'AP dans la population, incluant des déterminants à tous les niveaux : individuel, social, environnemental et politique.

- Certains facteurs associés à la pratique d'une AP sont des facteurs individuels tels que l'âge, le sexe, l'état de santé, le sentiment d'efficacité personnelle et le niveau d'activité physique antérieure.
- Les modèles écologiques supposent que l'environnement physique et social (conditions économiques, normes sociales, urbanisation, industrialisation) sont des déterminants importants de l'activité physique.

1.2.6 Rôle du médecin traitant

L'identification et la compréhension des facteurs associés à l'AP et à la sédentarité permettraient d'expliquer les modes de vie et seraient d'une importance majeure pour développer et améliorer les interventions de santé visant à promouvoir l'AP ou à limiter le temps de sédentarité.

Selon la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HSPT), les médecins ont pour mission de **contribuer aux actions de prévention et dépistage**. Le médecin généraliste est le seul professionnel de santé consulté par toute la population. Il est identifié comme un interlocuteur de confiance en matière d'**éducation en santé**. Il a une place prépondérante dans la promotion de l'AP individualisée. (42) C'est lui qui connaît le mieux le contexte médico-bio-psychologique, social et familial dans lequel évolue son patient. Il est à même de proposer des conseils et une stratégie afin d'aider son patient à changer son mode de vie (comportement sédentaire à actif). Cette approche doit respecter ses convictions, le conseil doit être adapté au degré de motivation et s'abstenir de tout jugement de valeur.

L'AP est un déterminant majeur de l'état de santé, de la condition physique et du maintien de l'autonomie avec l'avancée en âge. Elle est une thérapeutique à part entière et intervient dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire de nombreuses maladies chroniques et états de santé. (43) Les bénéfices pour la santé d'une AP régulière sont indiscutables et sont largement supérieurs aux risques liés à sa pratique pour la plupart des adultes. Les risques de l'AP ne doivent pas être surestimés et ne doivent pas être un frein à la prescription par le médecin d'une AP régulière adaptée à l'état de son patient atteint d'une maladie chronique et/ou âgé.

1.2.6.1 L'évaluation minimale

Le médecin a pour premier objectif de repérer les patients à risque de complications. Pour cela, il se doit de réaliser une évaluation minimale comprenant un interrogatoire sur les antécédents personnels et familiaux, la recherche de facteurs de risque cardio vasculaire avec le calcul de l'index SCORE, les signes fonctionnels, le niveau d'AP habituel, les motivations et l'estimation de l'intensité de l'AP envisagée, ainsi qu'un examen clinique général ; et cela avant tout conseil ou prescription d'AP.

Nous précisons ici 4 notions nécessaires à cette évaluation :

- Le *patient symptomatique*, c'est à dire présentant des signes ou symptômes d'alerte d'une pathologie cardio vasculaire, métabolique, rénale ou respiratoire inconnue ou instable, doit être adressé pour une consultation dédiée de diagnostic avant d'envisager une AP. Une fois le

diagnostic posé et la pathologie stabilisée, le patient devenu « asymptotique » rejoint le circuit classique.

- Les *antécédents ou comorbidités à risque* :

- listé dans la classification européenne du risque cardio vasculaire
- Les maladies cardio-vasculaires documentées : maladies cardiaques (antécédents d'IDM, de SCA, revascularisation coronaire), maladies vasculaires périphériques (AOMI, revascularisation artérielle, anévrisme aortique) et maladies cérébro vasculaires (AVC, AIT).
- Le diabète de type 2 et 1.
- L'insuffisance rénale chronique.
 - ou hors liste
- Antécédents de cancer avec traitement cardio toxique
- Maladie auto immune sévère et/ou très active
- Apnées du sommeil
- HTA gravidique et pré éclampsie
- Plaques d'athéromes significatives au niveau coronaire ou carotidien

- *Le niveau habituel d'AP* du patient : il peut être estimé à l'aide du questionnaire de Marshall en deux questions de quelques secondes ou bien plus précisément avec l'auto-questionnaire GPAQ en 16 questions, qui peut être rempli en ligne par le patient sur le site Manger-bouger. (44)

- *Les quatre niveaux de risque cardiovasculaire* : selon la classification européenne du risque cardio vasculaire (45). Le niveau de risque cardiovasculaire individuel est la probabilité de survenue chez une personne d'un événement cardio-vasculaire majeur (infarctus, mort subite) sur une période donnée. (tableau 1)

Tableau 1 : Niveau de risque cardiovasculaire selon le SCORE européen

Niveau de risque cardio-vasculaire	
Très élevé	SCORE \geq 10 %
	Insuffisance rénale chronique sévère (DFG < 30 mL/min/1,73 m ²)
	Maladie CV documentée : antécédents d'IDM, de syndrome coronarien aigu, revascularisation coronaire ou artérielle, AVC, AIT, anévrisme aortique et AOMI (Prévention secondaire)
	Diabètes avec : <ul style="list-style-type: none"> - une complication macro ou micro-vasculaire, dont une protéinurie ; - ou un facteur majeur de risque CV associé (tabagisme, hypertension artérielle ou une hypercholestérolémie)
Élevé	5 % \leq SCORE < 10 %
	Insuffisance rénale chronique modérée (DFG : 30-59 mL/min/1,73m ²)
	Un facteur majeur de risque CV nettement augmenté, en particulier : <ul style="list-style-type: none"> - une hyper-cholestérolémie totale > 3,1g/L (8 mmol/L) ; - ou une hypertension artérielle \geq 180/110 mm Hg
	Les autres diabètes, à l'exception des individus jeunes avec un diabète de type 1 et sans autres facteurs majeurs de risque CV qui peuvent être considérés comme à risque modéré ou faible
Modéré	1 % \leq SCORE < 5 %
Faible	SCORE < 1 %

Au terme de cette évaluation minimale, le médecin peut être amené à :

- **encourager et motiver** le patient pour commencer, maintenir ou augmenter son AP et le faire évoluer vers un mode de vie physiquement plus actif et moins sédentaire en autonomie ;
- fournir au patient **des informations/des conseils/une éducation thérapeutique** adaptés à son état de santé, aux risques repérés et à l'AP envisagée. Les conseils aux patients peuvent être repris par écrit sur une ordonnance ;
- **compléter cette évaluation** par une consultation médicale d'AP dédiée et/ou prescrire des examens complémentaires et/ou demander un avis spécialisé, si cela se justifie.

1.2.6.2 Indication de la consultation médicale d'AP dédiée et/ou d'examens paracliniques

Consultation médicale d'AP dédiée : Il n'existe pas d'indications formelles, il s'agit du jugement clinique du praticien. Il est cependant préconisé de réaliser une consultation dédiée avant de commencer une AP d'intensité élevée chez les patients avec :

- un niveau de risque CV modéré, élevé ou très élevé ;
- un diabète ;
- un antécédent de cancer ayant nécessité un traitement médical cardiotoxique.

La consultation médicale l'AP dédiée comprend le même contenu que l'évaluation minimale auquel s'ajoute :

- **une évaluation des différentes composantes de la condition physique** par des mesures anthropométriques et des tests en environnement (test de marche des 6 min) ;
- **une demande d'un avis spécialisé +/- une épreuve d'effort** si indiquée ;
- **une prescription d'autres examens complémentaires** si indiquée ;
- **un entretien de motivation** centré sur les AP ou sportives. Cet entretien permet d'accompagner le patient vers un changement de mode de vie et de définir avec lui des objectifs d'AP réalistes et réalisables dans la vie quotidienne ;
- **une prescription** individualisée d'AP et sportive ;
- **un certificat médical d'absence de contre-indication à l'activité sportive (CACI)**, pour le sport choisi avec le patient (si indiqué) ;
- **la programmation du suivi médical**, qui doit permettre au médecin d'adapter sa prescription d'AP et de renforcer la motivation de son patient.

Epreuve d'effort : L'EE maximale cardiologique avec enregistrement continu de l'ECG cherche à dépister une maladie coronarienne silencieuse chez les patients asymptomatiques les plus à risque et éventuellement la survenue d'un trouble du rythme cardiaque. Elle permet aussi de déterminer la tolérance à l'effort du patient, sa capacité cardio-respiratoire maximale et son seuil ventilatoire.

En dehors des recommandations de bonnes pratiques liées à une pathologie spécifique, les indications d'une EE préalable à une AP chez un patient asymptomatique sont limitées et ne concernent que les AP d'intensité élevée.

ECG de repos : Ses indications sont variables selon les sociétés savantes. Ici nous retiendrons celles de la HAS qui préconisent un avis cardiologique spécialisé et un ECG de repos avant une AP d'intensité élevée chez :

- les patients avec des antécédents personnels de maladie cardio-vasculaire (hors HTA équilibrée) ;
- les adultes avec antécédents familiaux de pathologies cardio-vasculaires héréditaires ou congénitales ou de mort subite avant 50 ans.

1.2.6.3 L'entretien motivationnel :

L'entretien motivationnel est une méthode de communication directive centrée sur la personne, visant au changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence. L'entretien est « orienté » vers un objectif déterminé, par exemple l'abandon ou la diminution d'un comportement à risque. (46)

L'exploration de « l'ambivalence » permet à la personne de formuler elle-même les raisons de la nécessité d'un changement de comportement et les difficultés que ce changement entraînerait.

Lors de la consultation, l'objectif du médecin est de l'informer, de l'encourager et de l'accompagner vers un changement de mode de vie physiquement plus actif et moins sédentaire, en autonomie et sur le long terme. La motivation du patient pour les AP doit être renforcée à toutes les étapes du parcours de santé par le médecin lors de la consultation initiale et tout au long du suivi, mais aussi par l'ensemble des professionnels amenés à superviser les AP prescrites.

Lors de l'entretien de motivation, le médecin, en se basant sur les éléments recueillis lors de l'interrogatoire, doit :

- évaluer le niveau habituel d'AP et de sédentarité du patient ;
- évaluer l'état de motivation du patient pour les AP ;
- accompagner le patient vers un changement de comportement ;
- définir avec le patient des objectifs réalistes d'AP et de réduction du temps passé à des activités sédentaires ;
- encourager l'AP sous toutes ses formes.

L'état de motivation détermine la capacité d'un individu à changer de comportement.

Le médecin peut s'aider du modèle transthéorique de changement de comportements (TTM) (47), pour évaluer et suivre l'état de motivation de son patient pour les AP choisies avec lui et adapter son discours en conséquence. Le TTM distingue cinq stades de motivation (figure 1) : **l'indétermination, l'intention, la préparation, l'action et la consolidation**. Le passage d'un stade à un autre s'accompagne d'une augmentation de l'AP du patient et de sa « confiance en soi » (auto-efficacité). Le sujet peut se situer à différents stades selon les différents types d'AP envisagées. Les changements d'état ne sont pas linéaires, mais évoluent par cycles, avec des régressions et des progressions. La rechute est possible et doit être prévenue.

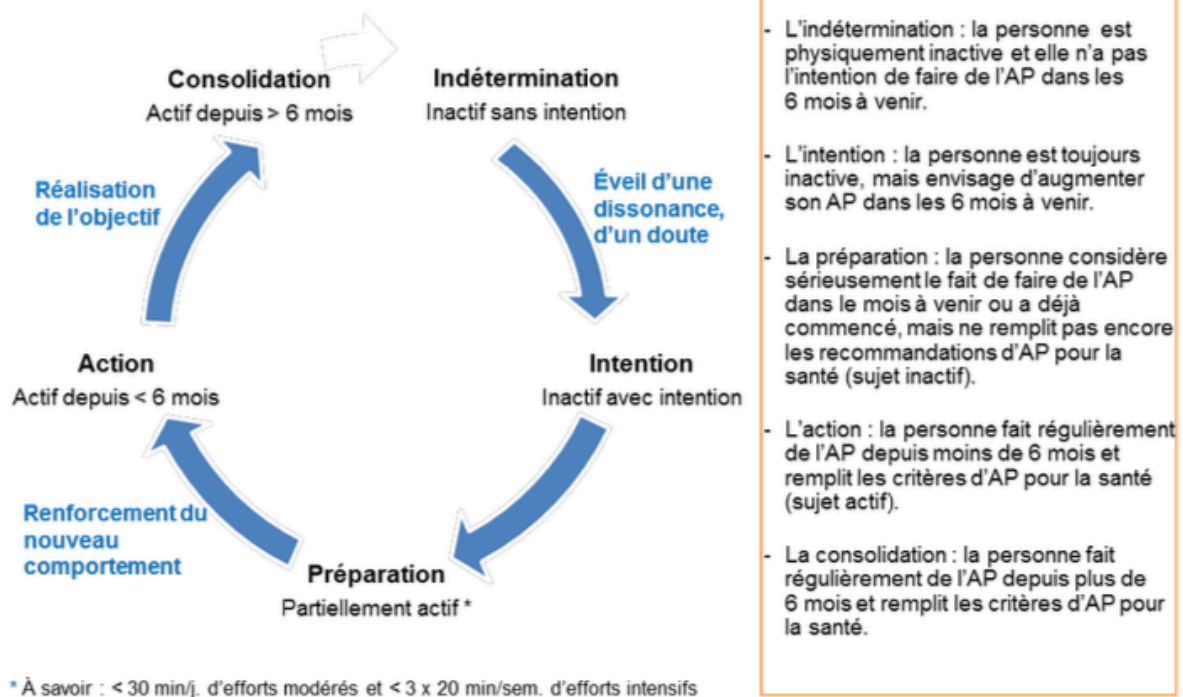


Figure 1 : Les 5 stades de motivation

Le changement de comportement : Ce changement ne se prescrit pas, il s'accompagne progressivement, en s'appuyant sur des techniques cognitivo comportementales, en repérant les freins et les leviers à la pratique. En pratique, le médecin doit formuler son message sur l'AP de manière positive, en insistant sur les gains pour la santé, la qualité de vie et les années de vie sans incapacité. Lors du suivi, il doit valoriser les résultats obtenus sur la vie quotidienne du patient, sa condition physique et son état de santé.

Les AP seront d'autant plus suivies qu'elles présentent un caractère ludique et s'accompagnent de données concrètes (comme l'utilisation d'un podomètre dans le cadre d'un programme de marche) et qu'elles ont été choisies avec le patient.

1.2.6.4 Autres approches de l'AP en consultation de médecine générale

Le conseil minimal :

Sur le modèle du conseil minimal du sevrage tabagique, le conseil minimal de pratique d'AP, durant deux à quatre minutes, est une technique d'approche simple mais efficace à court terme chez les patients sédentaires (48). Le patient passe du stade pré-contemplatif au stade contemplatif du modèle transthéorique de changement. Selon l'enquête téléphonique suisse HEPA (Health Enhancing Physical Activity) réalisée en 2004 confirme que 80% des patients sont

sensibles et réceptifs à l'évocation du thème de l'activité physique en consultation, qu'ils souhaiteraient que ce thème y soit abordé et qu'ils lui donneraient de l'importance. Pourtant seulement 28% bénéficient d'une telle consultation et 19% reçoivent des conseils sur l'AP. (49)

Le Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique pour tous (Q-AAP+) (50)

Il s'agit d'un auto-questionnaire de santé sur l'aptitude à l'AP pouvant être proposé par les médecins traitants aux patients désirant commencer une AP. Le patient peut remplir ce questionnaire en salle d'attente ou à domicile. Il préconise ou non un avis médical avant l'AP.

Le Questionnaire de Santé SPORT (QS-SPORT) (51):

Il s'agit d'un questionnaire de santé permettant le renouvellement de la licence sportive. Le sportif, renseigne ce questionnaire de santé lorsqu'un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport n'est pas exigé. Il permet de savoir si le sujet doit consulter un médecin pour un certificat médical afin de renouveler sa licence sportive.

1.2.6.5 Les différents niveaux de conseils et/ou de prescription d'activité physique

La HAS propose 4 niveaux de conseils et/ou de prescription d'AP :

Le niveau 1 est approprié aux patients présentant une maladie/blessure avérée et/ou un état fonctionnel évalués par le médecin comme **justifiant d'un programme de rééducation/réadaptation**. Il relève d'une ordonnance spécifique. Le patient est adressé à un professionnel paramédical (kinésithérapeute, etc.). Un conseil oral sur l'AP quotidienne telle que la marche peut être avantageusement inclus dans ce niveau.

Le niveau 2 est approprié aux patients présentant une maladie et/ou un état fonctionnel évalués par le médecin comme **justifiant d'un programme d'activité physique adaptée (APA)**, éventuellement en groupe. Le médecin rédige une prescription d'AP et l'adresse dans un premier temps à un professionnel de l'APA.

L'instruction interministérielle du 3 mars 2017 définit les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée (APA) prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) ; ainsi que les domaines d'intervention préférentiels des différents métiers de l'AP et liste leurs compétences respectives. (52)

L'activité physique adaptée est une activité physique qui prend en compte la sévérité de la pathologie, les capacités fonctionnelles et le risque médical du patient. L'article concerné du CSP dispose que « cette activité physique, adaptée à l'état clinique du patient, consiste en la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires ».

La dispensation d'une activité physique supervisée a pour but à terme, de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière, **afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée (ALD) dont elle est atteinte**. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques (pouvant inclure des activités sportives), et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences.

Les niveaux 3 et 4 sont appropriés aux patients physiquement inactifs qui ont besoin d'augmenter leur niveau d'AP et qui sont considérés par le médecin comme **capables de participer à une gamme ordinaire d'AP** soit en groupe pour le niveau 3, soit évalués pour être capables de contrôler et maintenir leur propre AP en solo pour le niveau 4. La sélection entre les niveaux 3 et 4 est principalement conditionnée par les préférences du patient.

Les contre indications à l'AP : Bien que très marginales, il semble important de les faire apparaître ici. (tableau 2)

Tableau 2 : Les contre indications à l'activité physique

<p>Contre-indications absolues</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angor instable - Insuffisance cardiaque décompensée - Troubles rythmiques ventriculaires complexes - Hypertension artérielle sévère non contrôlée - Hypertension artérielle pulmonaire (> 60 mm Hg) - Présence de thrombus intra-cavitaire volumineux ou pédiculé - Épanchement péricardique aigu - Myocardiopathie obstructive sévère - Rétrécissement aortique serré et/ou symptomatique - Thrombophlébite récente avec ou sans embolie pulmonaire - Diabète avec mal perforant plantaire pour les AP sollicitant les membres inférieurs 	<p>Contre-indications relatives pour les AP élevées</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance respiratoire chronique sous O₂ de longue durée - Pathologies respiratoires chroniques sévères (qui peuvent désaturer à l'effort) <p>Contre-indications temporaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toutes affections inflammatoires et/ou infectieuses évolutives - Épisode récent d'exacerbation respiratoire (moins de 3 semaines) - Pathologies respiratoires non contrôlées - Diabète non contrôlé avec acétonurie/acétonémie <p>Précautions</p> <p>La prudence doit être de règle chez le patient insuffisant cardiaque, qui a un risque de troubles du rythme élevé.</p>
---	---

De façon plus fréquente, le médecin sera amené à prendre en charge des personnes déclarant une **limitation fonctionnelle ou d'activité** (LFA) due à leur état de santé (présentant des difficultés pour mobiliser des fonctions élémentaires physiques, sensorielles ou cognitives). La fréquence de ces limitations augmente avec l'âge. Cette population, couramment identifiées comme les personnes handicapées, regroupe des personnes vivant des situations extrêmement variées, par conséquent une approche générale de la question du handicap passe par une prise en compte de ces différentes populations. Le pourcentage de non-pratiquants d'une AP est beaucoup plus élevé chez les personnes déclarant une LFA que dans la population générale. Les adultes LFA pratiquent jusqu'à deux fois moins d'AP.

Pour autant, promouvoir une pratique régulière d'AP auprès des personnes LFA n'est pas évident. Les recommandations érigées pour la population générale ne sont pas nécessairement transférables à cette population. Elles peuvent être inappropriées ou parfois impossibles à mettre en œuvre.

1.2.6.6 Les modalités d'une prescription d'AP (niveau 1 et 2) :

La prescription d'AP doit être adaptée à la pathologie chronique ciblée, en s'aidant si possible des **référentiels d'aide à la prescription d'AP et sportive** par pathologie édités par la HAS. Elle doit être individualisée, adaptée à l'âge du patient, à son niveau habituel d'AP, à son état de santé (en particulier son niveau de risque cardiovasculaire), à sa condition physique, à ses

capacités physiques fonctionnelles et à ses capacités cognitives. Elle doit être réaliste et réalisable, et répondre au mieux aux objectifs et aux préférences du patient et aux ressources en AP de son environnement, afin d'assurer une meilleure adhésion sur le long terme.

En cas de poly pathologies, il faudra cibler initialement la pathologie chronique la plus à risque pour l'AP et/ou le plus restrictif pour les AP de la vie quotidienne ou sur la qualité de vie du patient ; respecter une progression lente des modalités Fréquence-Intensité-Type-Temps (FITT) de l'AP, en surveillant fréquemment les signes et symptômes de tolérance et enfin assurer un suivi médical renforcé.

Le suivi de l'AP par le médecin se fait en général à l'occasion des différentes consultations de suivi des pathologies de son patient. Lors de ces consultations, il doit réserver un temps d'échanges dédiés à l'AP, afin d'adapter et de sécuriser la prescription d'AP, de motiver le patient et améliorer son degré d'adhésion du patient au programme d'AP.

1.2.7 Efficacité des interventions de santé sur la pratique d'AP

Nous avons souligné l'importance majeure des interventions de santé et détaillé l'arsenal du médecin traitant pour la promotion d'une mode de vie actif, cependant nous ignorons quelle est l'efficacité de ces stratégies de promotion de l'AP en population générale.

En effet, il existe des essais contrôlés randomisés qui évaluent les effets de l'AP dans la gestion de maladies spécifiques, notamment l'HTA et l'obésité. Ceux-ci montrent les effets de l'exercice sur divers résultats physiologiques et biologiques et démontrent l'importance de l'exercice dans la gestion des maladies. Mais comme le principal résultat de ces essais n'est pas l'activité physique, ils ne nous aident pas à comprendre l'efficacité de ces stratégies.

Une méta analyse suggère que les interventions d'activité physique ont un effet modéré sur l'activité physique auto déclarée et la condition cardio-respiratoire, mais aucun effet n'a été prouvé sur l'atteinte d'un niveau prédéterminé d'activité physique. L'efficacité à long terme de ces interventions n'est pas établie car la majorité des études ont cessé après 12 mois. (53)

Le moyen le plus efficace d'augmenter l'activité physique dans les soins primaires reste à déterminer.

1.3 Objectifs

« Mode de vie actif : freins et motivations en population générale et pistes d'amélioration pour le médecin traitant. Enquête auprès de 14 sujets »

Pour améliorer la prévention proposée par le médecin traitant et le système de santé, des réflexions sont nécessaires sur les stratégies à adopter pour influencer les comportements en matière d'activité physique et de sédentarité parce que l'activité physique est considérée comme l'un des moyens les plus efficaces pour réduire l'incidence des maladies non transmissibles. De plus, les nombreuses politiques de santé publique qui tentent de la promouvoir depuis plusieurs années, semblent insuffisantes car seulement un tiers de la population adulte française a un niveau d'activité physique suffisant.

Afin de contribuer à l'élaboration de ces réflexions, notre étude s'intéresse au ressenti du patient et essaye de comprendre d'après lui quels sont les éléments décisifs, en le laissant s'exprimer spontanément sur ses priorités. Nous nous intéressons aux causes et aux logiques qui guident les comportements des individus. Nous souhaitons étudier les émotions, les sentiments, les croyances et opinions, le comportement et le vécu des personnes.

En effet les données de la littérature concernant les facteurs associés à l'AP, sont majoritairement basées sur les grandes cohortes épidémiologiques où les patients sont interrogés via des questionnaires qui apportent peu d'éléments de compréhension approfondie et nous ne retrouvons que peu d'études qui explorent de façon compréhensive les comportements et ressentis des personnes.

L'objectif principal de cette étude était de comprendre quels sont les freins et les motivations de la population générale, à la pratique de l'activité physique et donc à l'adoption d'un mode de vie actif à travers les représentations et les ressentis exprimés.

L'objectif secondaire était de comprendre, à travers les attentes du patient envers son médecin traitant, comment celui-ci pourrait intervenir dans un changement vers un mode de vie plus actif et dans le maintien de celui-ci.

2. Matériel et méthodes

2.1 Choix de la méthode

Les facteurs associés à la pratique de l'activité physique ont le plus souvent été identifiés via des listes de questions fermées en population générale dans le cadre d'études épidémiologiques à grande échelle. Notre choix s'est donc porté sur une étude qualitative dont la démarche interprétative et inductive permet l'élaboration d'hypothèses dans des champs de recherche complexes, où les phénomènes ne sont pas quantifiables et mesurables.

2.2 Type d'étude et recueil de données

Une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés a été réalisée auprès de patients de médecine générale à Marseille et dans son agglomération proche (Aubagne). Les entretiens ont été réalisés entre Mai et Décembre 2019, soit dans les cabinets de médecine générale, soit au domicile des patients ou encore dans des établissements type brasserie. Ils s'appuyaient sur un guide d'entretien commun (annexe 1). Ce dernier était composé de 6 questions ouvertes et a évolué au cours de travail. Il abordait les représentations des patients vis à vis de l'AP, s'intéressait aux motivations et aux freins concernant l'initiation et le maintien d'une AP, ainsi que le vécu de leur échanges avec leur médecin traitants et l'attitude attendue de celui-ci par le patient. Un questionnaire concis lui a été associé pour recueillir les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon de l'étude. Les entretiens duraient entre 15 min et 1h et ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone puis intégralement retranscrits, en préservant l'anonymat.

2.3 Population de l'étude et recrutement :

La population cible correspond à une patientèle de médecine générale, issue de la population générale. Sont éligibles les patients âgés de plus de 18 ans et francophones.

Le recrutement s'est effectué de 2 façons :

- de manière aléatoire dans 2 cabinets de groupe de 2 ou 4 médecins. Nous avons proposé à tous les patients présents en salle d'attente de participer à un entretien et avons reçu tous ceux qui étaient d'accord à la fin de leur consultation médicale.
- de manière ciblée, en proposant à des personnes de notre entourage ayant des profils permettant de diversifier notre échantillon selon les critères suivants :
le sexe, l'âge, l'activité physique et la sédentarité, le surpoids, les comorbidités et le niveau socio-économique.

Le recrutement s'est effectué jusqu'à suffisance des données, c'est à dire jusqu'à ce qu'il n'apparaisse plus de nouvelles données sur un entretien.

2.4 Mode d'analyse des données :

L'analyse de contenu de type inductive a été faite selon la méthode de théorisation ancrée, à l'aide du logiciel N Vivo. (54)

Une fois immergé dans le matériel, un travail de mise à distance des présupposés du chercheur a été réalisé.

L'analyse s'est déroulée en 2 étapes simultanées : un codage indépendant par chaque enquêtrice à la fois ouvert et axial puis un travail en binôme pour faire confirmer le 1^{er} codage et faire émerger les articulations entre les différentes catégories du codage ouvert.

Le recueil de données et l'analyse ont été faits simultanément afin de s'enrichir l'un l'autre.

2.5 Cadre éthique :

Une explication orale avec un support écrit (annexe 2) a été donnée préalablement à l'entretien, et un consentement écrit a été recueilli.

Le comité d'éthique de l'université nous a rendu un avis favorable sur la méthodologie (annexe 3).

3. Résultats

3.1 Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

Lors du recrutement aléatoire en cabinet de médecine générale, nous avons eu 9 refus ainsi que 2 patients ayant accepté l'entretien mais qui sont parti directement après la fin de leur consultation. Le principal motif étant le manque de temps au décours de la consultation. Au total, 14 patients ont été inclus dans notre étude, 9 de manière aléatoire et 5 de manière ciblée. Le temps moyen des entretiens était de 26 minutes.

Les entretiens en recrutement aléatoire ont été réalisés à l'intérieur même des cabinets médicaux sauf dans 3 cas : deux entretiens ont eu lieu à l'hôpital d'Aubagne (lieu de stage d'une doctorante) et un entretien a eu lieu dans un café car aucune salle n'était libre au cabinet de médecine générale. Les entretiens ciblés ont eu lieu soit dans des cafés, soit au domicile des personnes interrogées, soit pour un seul entretien au domicile d'une doctorante.

La suffisance des données a été obtenue au 14eme entretien.

L'ensemble des caractéristiques de l'échantillon a été recueilli dans le tableau ci dessous (tableau 3) :

Tableau 3 : Tableau des caractéristiques sociodémographiques des patients

N° entretien	âge	sexe	statut	secteur d'activité	travail physique	études	enfants à charge	actif *	sportif **	se considère actif ?	présence de co morbidités ***	surpoids ou obésité	type	lieu entretien	temps entretien
1	74	F	retraité	secrétariat	-	0	non	non	non	oui	2	non	aléatoire	13008	38 min
2	22	F	chômage	-	-	1 an	non	non	non	non	0	oui	aléatoire	aubagne	15 min
3	27	F	actif	interne médecine	non	> 5 ans	non	oui	oui	moyen	1	non	aléatoire	aubagne	15 min
4	42	H	actif	moniteur sportif	oui	3 ans	1	oui	oui ++	oui	0	non	ciblé	13009	24 min
5	60	H	actif	bureau / commerce	non	0	non	non	non	oui	1,5	oui	ciblé	13009	22 min
6	32	F	actif	technicien surface	oui	1 an	2	oui	non	oui	1,5	oui	aléatoire	13008	15 min
7	43	F	étude	ressources humaines	non	2 ans	1	oui	oui	oui	0	non	aléatoire	13008	13 min
8	50	F	actif	psychologue	non	3 ans	non	oui	oui	oui	non	non	aléatoire	13008	26 min
9	23	F	actif	infirmière	oui	3 ans	non	non	oui	non	1,5	oui	aléatoire	13008	30 min
10	66	H	retraité	industrie	-	1 an	non	oui	non	oui	1	non	aléatoire	aubagne	32 min
11	65	F	actif	secrétariat	non	1 an	non	non	oui	oui	0	non	aléatoire	aubagne	15 min
12	40	F	actif	psychomotricité	non	3 ans	non	oui	oui	oui	0	non	ciblé	13006	55 min
13	27	H	actif	cadre commerce	non	3 ans	non	oui	oui	oui	0	non	ciblé	13006	40 min
14	36	F	actif	mode	non	2 ans	non	oui	oui	moyen	1	non	ciblé	13006	23 min

* actif selon les recommandations actuelles ** pratique de façon hebdomadaire une activité sportive *** présence de co morbidités (de 0 = absence à 3 = importantes)

3.2 Résultats principaux

Cinq catégories émergeaient de l'analyse des entretiens : les représentations individuelles, un rapport à l'activité physique évolutif au cours de la vie, l'influence de facteurs extrinsèques et intrinsèques et la relation avec le système de santé.

3.2.1 Les représentations individuelles de l'activité physique et de la sédentarité

Les personnes interviewées ont fait part de leurs représentations de l'AP. Elles étaient diverses et répondaient à 3 questions : « Qu'est-ce que c'est ? », « Comment se perçoivent ils : actifs ou inactifs ? » et « Pourquoi font ils de l'activité physique ? »

3.2.1.1 L'activité physique et la sédentarité pour les patients : qu'est-ce que c'est ?

Nos résultats ont fait ressortir une confusion entre activité physique et professionnelle : le fait d'avoir une activité professionnelle ou un travail suffisait à être considéré comme actif pour de nombreux répondants, sans que le caractère réellement physique de l'activité professionnelle en question n'ait été avancé comme argument . Ainsi P5 et P7 exprimaient : « P5 - *Quelqu'un pour moi qui est actif physiquement, c'est que ... c'est plus ou moins mon cas, qui travaille beaucoup. Pour moi c'est une personne qui est active physiquement, journalièrement . Parce que c'est mon cas.*»

« P7 - *Qui est actif... oui qui travaille. Qui fait du sport aussi. I : (...) Tous les travaux ou certains ? P7: Tous les travaux ! Peut- être d'avoir un travail... peut-être d'avoir un travail ça permet d'avoir une activité... euh de ne pas être sédentaire. »*

Cette confusion réside probablement l'utilisation du terme « actif », en économie qui désigne la population résidente en âge de travailler et qui a un emploi ou qui en cherche activement un, avec une notion de valeur économique apportée à la société.

De plus, le fait d'avoir un travail ou des activités multiples impliquait chez nos répondants le fait de ne pas rester chez soi, donc de sortir de son lieu de vie, d'être mobile dans l'espace et au final de ne pas être sédentaire. Cela traduisait une autre représentation de l'activité physique qui était une mise en opposition au fait d'être sédentaire. Par exemple chez P1 : « *Ca m'évoque une personne qui bouge beaucoup, qui fait du sport, qui fait comment dire ... qui fait beaucoup de trucs chez elle, qui est active, qui sort également, qui va a des spectacles. Voilà pour moi c'est ça être active. Qui s'occupe de ses petits enfants. (...) Je ne peux pas rester très longtemps à la maison. Une femme active pour moi c'est quelqu'un qui bouge, qui va et qui vient. Même si elle n'a pas de but, mais elle se force à sortir parce que ce que, bon, moi je ne peux pas rester enfermée, voilà »*

Cette représentation semble elle aussi être erronée. En effet si on se réfère à la définition de l'AP, sortir de chez soi ne suffit pas forcément à être actif physiquement car cela n'implique pas forcément une dépense énergétique.

De façon attendue, pour les répondants « être actif » c'était aussi faire du sport. Pour les personnes interrogées, le fait de pratiquer une activité sportive était synonyme d'actif physiquement. De façon indépendante de l'activité professionnelle exercée, des moyens de transports utilisés ou du fait d'avoir d'autres activités de loisir en dehors du sport : avoir une activité sportive classaient les gens dans la population des actifs. L'activité physique pour certains impliquait une notion de régularité pour répondre à la bonne définition d'actif physiquement, comme chez P2 : « *Pour moi quelqu'un d'actif c'est quelqu'un qui fait du sport tous les jours.* » et P3 : « *quelqu'un qui fait une activité physique régulière, 2 – 3 fois/semaine, c'est quelqu'un d'actif.* » Pour d'autres personnes, le simple fait de pratiquer une activité physique, même de façon ponctuelle, non régulière répondait déjà à la définition d'une personne active. P7 : « *Après il y a des jours où je fais du sport donc je suis active* ». Cette représentation est erronée si l'on reprend nos définitions.

En s'intéressant aux modes de déplacements, il ressortait plusieurs idées : Les déplacements passifs étaient un facteur de sédentarité, d'autant plus que le temps de trajet était important : « *P10 - On habitait Aubagne, je travaillais à Lançon de Provence. Vous voyez ce que ça fait comme distance. J'avais du personnel à ramasser sur le parcours, l'entreprise était sur Marseille. Je partais à 5h30 du matin et on arrivait à 18h30 le soir. Donc déjà c'était lourd.* » Les déplacements actifs étaient un bon moyen d'augmenter la dépense physique sans avoir à dégager du temps supplémentaires au quotidien, d'autant plus que la différence de temps entre transport actif et passif était courte par exemple P8 : « *Parce que ça prend pas plus de temps pour certaines choses à pied plutôt qu'en voiture, et que au moins on bouge et ... voilà* ». En plus d'augmenter la dépense physique, les déplacements actifs avaient l'avantage de permettre un moment privilégié de détente comme le rapportait P6 : « *J'ai le permis, j'ai la voiture, mais c'est l'enfer je trouve la voiture, il y a trop de gens qui conduisent pour rien. Donc pour moi ça m'aurait amené du stress donc non. (à propos de ses 30min de marche) Je m'aère, j'ai ma musique.* »

Il ressortait également que l'activité physique peut être un ensemble de tous ces éléments pour certains de nos interviewés, tant que ces moments où l'on est actif, en s'additionnant dans une journée, atteignaient une certaine quantité-seuil de temps. L'activité

physique serait donc simplement défini par une sollicitation de ses muscles, de quelque façon que ce soit, durant une durée de temps donnée.

Ainsi nous le décrivait P3 : *« J'ai appris (...) je sais que c'est 30 minutes d'activité / jour, c'est la définition qu'on a appris euh donc voilà , c'est 30 minutes d'activité physique modérée par jour . »*

et P4 : *« Ouais, une notion de mouvement, une notion de travail, une notion de mission à accomplir, une notion de s'occuper des autres. En tout cas une notion de mouvement sur quelques heures dans la journée. C'est ça quelqu'un d'actif »*

Enfin, on retrouvait chez certains patients une association de l'AP avec mode de vie stressant, hyperactif. L'AP était perçue comme une injonction à la performance et à la rentabilité et était associée à un mode de vie oppressant par son rythme et exerçant une pression excessive sur le mental. En opposition, un mode de vie étayé de moments d'inactivité physique était perçu comme un mode de vie moins stressant, plus physiologique et permettant de se ressourcer, de *« prendre du temps pour soi »* pour apaiser son mental. On retrouve cette notion chez P14 *« tu rentres, tu te poses devant ta télé, tu te poses avec un bouquin, ou... Enfin tu vois. Je pense que y'a un coté ou c'est plus apaisant que... tu sors du taff, tu rentres chez toi, tu retournes au sport »*. Pour ces personnes, l'important était de trouver un équilibre au quotidien entre AP et sédentarité. Ici la sédentarité était plutôt vue comme une qualité.

Pour la plupart des patients, la sédentarité avait plutôt une connotation négative : elle était rattachée à l'image d'une personne désœuvrée, casanière, cherchant à éviter les efforts et manquant de tonus *« P7 : La sédentarité c'est euh.... Pas trop sortir de chez soi euh ... (rires) de pas avoir d'activité, ne serais-ce même que marcher tout simplement. »*

Cette vision était tellement négative, que certains patients cherchaient à être actif dans le but de ne pas être assimilé à ce type de personne comme l'exprimait P1 : *« Il y a des moments où même maintenant, quand je ralenti je me dis : c'est pas vrai, c'est pas toi... (...) C'est quelque chose que je ressens énormément. Je ressens le devoir d'être active car c'est moi, c'est ma personnalité. »*

3.2.1.2 Comment se perçoivent ils : actifs ou inactifs ?

Nous avons cherché à savoir comment s'évaluaient nos patients : actifs ou non et selon quels critères. Nous avons ainsi pu les classer en 2 groupes : ceux ayant une bonne perception de leur activité (ou inactivité) et ceux dont la perception était erronée (d'après notre définition de l'activité physique).

Certaines personnes se percevaient comme actives parce qu'elles faisaient du sport, parce qu'elles se déplaçaient de façon active, parce qu'elles veillaient à la régularité de leur pratique sportive, ou parce qu'elles exerçaient une activité professionnelle considérée comme physique.

Exemple chez P9 : « I : *le travail, du coup, vous vous sentez active pour quoi en fait ?*

P9 - *ben c'est pas un travail ou on reste assis. Je suis toujours debout à côté du médecin, à assister un médecin, à courir à droite à gauche pour aller chercher un matériel qui manque ou pour ... faire ce quoi me demande. Voilà »*

Parfois, au contraire elles avaient conscience de leur inactivité voire sédentarité grâce à un regard objectif sur leur mode de vie, que ce soit au travail ou dans la vie quotidienne, comme ici chez P13 « *quand je travaille je suis pas actif parce que je suis assis sur une chaise derrière mon ordinateur. »*

D'autres personnes au contraire, avaient une mauvaise perception de leur activité physique du fait de la représentation erronée qu'ils avaient de l'AP (investissement professionnel majeur, sortir voir des spectacles, faire du sport de façon occasionnelle...).

3.2.1.3 Pourquoi sont ils actifs ? L'activité physique se définit par sa finalité.

Après analyse de nos résultats, il est ressorti que pour nombre de nos répondants, l'activité physique se définissait par sa finalité. L'activité physique n'était que le moyen d'accéder à un besoin, une envie, un objectif concret, un but. Ces finalités de l'activité physiques étaient différentes selon les individus.

Certaines personnes recherchaient à adopter un mode de vie toujours plus actif car elles avaient conscience de l'importance de l'AP principalement pour ses bienfaits sur la santé. Nous pouvons trouver chez ces personnes une conscience et une attention apportée au fait d'être et de sentir actif. Cette notion se retrouvait chez P8 « *Il y a des RDV où je vais à pied quand j'ai le temps, enfin des RDV, chez le médecin...je vais exprès à pieds euh.. pour bouger. »* ou encore chez P14 : « *De chez moi à mon taff, j'ai autant en transport en commun j'ai autant que si j'y vais à pied, alors du coup je prends l'air je m'active. Tant qu'à faire. »*. Pour ces personnes, la finalité était de sentir qu'ils avaient été actif pour se sentir en meilleur santé.

D'autres ressentait le besoin de mouvement. Le besoin de mouvement faisait partie intégrante de leur bon fonctionnement, au même titre que manger ou boire. Ces personnes recherchaient donc plus à assouvir leur besoin de mouvement qu'à adopter un mode de vie bon pour la santé. « P12 : *À une époque c'était une nécessité. Je me levais le matin ... I : C'était un besoin ? P12 : Oui c'était un besoin, limite que je qualifierais de primaire... (...) Je crois que ça fait*

partie de moi et de ma vie en fait. ça s'est inscrit.(...) Je me force pas à être active ou à faire du sport. »

D'autres répondaient à leur envie de plaisir, de jeu et de divertissement. La finalité de l'activité physique était l'amusement. P13 l'exprimait très bien : « *I - Donc c'est important que tu... P13 : Que je prenne du plaisir, que je m'amuse. Comme quand j'étais petit tu vois. Les petits ils ne font pas de la musculation, ça les fait chier. »*

P12 également : « *Moi c'était une vraie récréation. De faire du sport ... ça me libérait de plein de choses, de tension puis c'était l'occasion de bien rigoler avec les copains. »*

Enfin d'autres étaient actifs car le moyen d'accéder à un but passait par la réalisation d'une activité physique. Ce but pouvait avoir de multiples facettes. Certaines professions par exemple, exigeaient de l'activité physique pour être menées à bien (infirmières, professionnels du bâtiment). Ce but pouvait aussi être tout autre chose comme accomplir une mission ou un devoir, imposer par nous-même ou par d'autres. « *P9 - Non l'activité elle a toujours un but, elle n'est pas une activité ludique, c'est ça que je veux dire. J'adore le ski j'adore la marche mais en priorité les activités que j'aurai elles vont être d'ordre «pour arranger quelque chose », « pour réparer » pour euh voilà. Tout en étant des activités physiques ! parce que construire une maison c'est du physique. »* La finalité était d'accomplir une tâche, un objectif concret.

Chez nos patients : l'activité professionnelle, la mobilité dans l'espace, le pratique occasionnelle de sport suffisaient pour se considérer comme une personne active. Cela entraînait parfois une mauvaise évaluation des patients de leur AP globale.

Les déplacements actifs était un bon moyen d'augmenter la dépense physique sans empiéter sur les temps libres.

La sédentarité pouvait avoir des connotations négatives (être désœuvré, casanier, mou) mais aussi positives (savoir se reposer) selon les individus, avec parfois une notion de besoin d'équilibre avec l'AP.

Nous avons identifié quatre finalités différentes de l'AP selon les individus, constituant des motivations : prendre soin de sa santé, besoin de bouger, divertissement ou simple moyen d'accéder à un but.

3.2.2 Evolution au cours de la vie du rapport à l'activité physique

Le rapport à l'AP n'était ni constant ni linéaire au cours de la vie des individus. Il évoluait de l'enfance à l'âge adulte et jusqu'à un âge avancé. Il pouvait se retrouver dans le désir de transmission aux générations futures. Il était perturbé par des événements de vie et était corrélé à l'état motivationnel.

3.2.2.1 Influence de l'enfance

Concernant l'enfance des patients, les **influences sur l'enfant** étaient multiples : on retrouvait le plus fréquemment les parents et le cadre familial plus large, l'école, les amis ou les voisins ainsi que les clubs de sport.

Ces influences n'étaient pas neutres sur le plan affectif et dépassaient le cadre de l'AP. En effet, les personnes qui entouraient l'enfant avaient en retour des attentes. Ces attentes pouvaient être honorées ou bien déçues et cela avait un impact sur la relation.

Nous avons identifié 2 façons un peu caricaturales d'aborder l'AP chez l'enfant :

- **L'approche ludique**, encadrée par des animateurs, qui stimulait l'imaginaire en jouant et en laissant découvrir, dans le but de mettre à l'aise les enfants. La finalité était l'amusement, c'est ce que nous expliquait P12 : *« Et même le judo enfin j'avais un prof qui était super pour ça quoi. C'était axé sur le jeu, il y avait les moutons noirs d'un côté les moutons blancs de l'autre, il fallait déménager les moutons blancs du côté des moutons.. Enfin tu vois des trucs mais euh... voilà il mettait une petite mise en scène à côté et ... où il y avait plein de jeux, il fallait déménager ou retourner la tortue. Donc t'apprenais de la technique mais voilà t'avais une consigne c'était voilà il faut retourner quelqu'un que en t'aidant de ton torse, ou que en t'aidant de ton coude ou que ... grâce à l'aide de tes mains... (...) Enfin moi c'est ce qui m'a plu. »*

Elle nous expliquait aussi sa déception quand aux attentes qu'elle avait eu d'enfants : *« J'ai fait prof de sport (...). Et ce qui m'a énormément choqué c'est que enfaite je pensais que tous les gamins adoraient le sport. Parce que c'est comme ça que je le vivais au sein de mon entourage et que je le vivais moi-même aussi. Moi c'était une vraie récréation de faire du sport (...) Et quand j'étais prof de sport, ben j'ai découvert qu'on pouvait ne pas aimer le sport. (...) tu vois ils sont en plein adolescence, ils sont merdeux, ils en ont rien à foutre, ils sont toujours en train de critiquer ce que tu fais, en train de souffler au lieu de... tu vois... »*

- **L'approche performance**, encadrée par un surveillant qui donnait des consignes et fixait des restrictions si besoin. La finalité était plutôt l'acquisition d'un geste technique.

Nous retrouvions des situations où l'attente de performance demandée à l'enfant et sa peur de décevoir la figure d'attachement induisaient un vécu stressant et un rejet plus ou moins global

de l'AP comme l'abordait P9 : « *J'ai fait de l'athlétisme, ça ne m'a pas plus (...) peut être parce que c'était sous la contrainte de mes parents (...) Moi j'ai des parents qui sont très sportifs, qui font très attention à eux (...) je pense que ... ils m'ont inscrit moi et ma sœur à l'athlétisme c'était un petit peu pour eux de .. Enfin c'était ... ils nous voyez quoi, comme s'ils se voyaient eux dans nous. Donc c'était un peu cette pression la... »*

A contrario, on retrouvait des situations où un accompagnement bienveillant et personnalisé poussait un enfant à s'épanouir dans des disciplines, parfois de haut niveau. « *P10 - mon épouse faisait du judo, elle a dit si j'ai des garçons je leur ferai faire du judo. On les a mené. Le premier à 6 ans il a accroché et il en fait toujours (il en a fait jusqu'à 40 ans en compétition). Le second il en a fait pendant 4-5 ans après il en a eu assez. Après il faisait un peu de vélo, un peu de VTT, il est un peu touche à tout. Il est un peu artiste sur les bords alors que l'autre c'est vraiment le compétiteur. »*

Les entretiens ont fait ressortir **trois types d'individus** : ceux pour qui l'AP était essentielle dans l'enfance et faisait partie intégrante de la vie quotidienne, ceux qui avaient eu une relation plus distante ni positive ni négative et les derniers pour qui l'AP était plutôt synonyme de contrainte et de mauvais souvenirs.

Il semblait exister une relation nette entre le **vécu de l'AP dans l'enfance et la pratique à l'âge adulte** même s'il ne s'agissait évidemment pas de corrélation parfaite. Un enfant épanoui sportivement qui aimait se dépenser, devenait plus facilement un adulte qui connaît et recherche ce goût de l'effort et du dépassement dans sa vie quotidienne. « *P8 - Parce que quand on a l'habitude de se bouger quand on est gamin c'est quand même quelque chose qu'on a en mémoire. Enfin je pense que le corps l'a en mémoire »*

3.2.2.2 Maturation et évolution avec l'avancée dans l'âge :

Lorsque nous prenions l'exemple de l'impact de l'AP sur la santé, nous remarquons qu'il est **différent selon les classes d'âges**. Chez les patients jeunes, cela n'avait pas ou peu d'importance comme nous le signalait P3 : « *non à 27ans je pense pas à ça. »*. En avançant dans l'âge, certaines personnes ressentaient le besoin d'une vie plus saine à l'image de P13 : « *J'ai envie d'être en forme, j'ai plus envie de subir mes matinées. Puis ça va je me suis assez amusé. »*. Et en avançant encore plus loin, nous constatons l'apparition d'une réelle motivation liée à la santé et à l'envie de s'entretenir (cela était probablement lié à la probabilité qui augmente d'avoir été confronté soi-même ou son entourage à un problème de santé) : P8 : « *I : Et est-ce que la santé ça a été une motivation ? P8 : Gamine euh, à 25 ans. Non. Peut être maintenant oui, je me dis c'est important et voilà. I : 25 ans on n'en a pas conscience ? P8 : Moi je n'en avais pas conscience. C'était*

plus l'effet être en forme et musclée. I : Donc bien-être plus ... mental ? P8 : Bien-être et silhouette ! Et après en vieillissant c'est la santé aïe aïe aïe »

Le vieillissement semblait être une motivation à la pratique l'AP pour tenter de freiner les effets du temps sur le corps. L'AP était ici une réponse à cette angoisse. « P14 - *Quand tu vois que physiquement t'as ... décliné alors que t'es pas dans l'âge ou c'est censé se passer. C'est un peu ça qui est violent... (...) Si tu vois que tu perds du tonus ou de l'endurance enfin tu vois une espèce de vitalité que tu te sens un peu, c'est con mais jeune et dynamique. Quand tu commence à perdre ça tu te dis que le déclin il arrive vachement plus tôt que prévu.* ».

C'était parfois l'appréhension de la maladie en elle-même qui était la motivation comme l'illustre P11 : « *Je pense que ce qui m'a motivé vraiment c'est ma mère. Elle est sur un fauteuil roulant je n'ai pas envie de faire comme elle. Pleine de douleurs.* »

Dans d'autres mentalité, le vieillissement était accepté mais la personne souhaitait se maintenir au mieux, par exemple P10 : « *C'est certain qu'avec le temps en vieillissant je ne pourrai plus m'améliorer mais au moins me maintenir et éviter le recul. Ça oui ! (...) ça va être nécessaire. Déjà, parce que sinon je vais commencer à perdre de la force musculaire, je ne veux pas et après j'ai envie de faire du ski avec mes petits enfants. (...) Pendant le plus longtemps possible et dans la meilleure forme possible.* ».

En avançant dans l'âge, les personnes interviewées ont témoigné de la **baisse de leurs capacités physiques** entraînant une baisse de l'AP par plusieurs mécanismes : soit liée au vieillissement du corps qui n'avait plus les capacités suffisantes, indépendamment de la motivation : « P1 - *Je vais vous dire simplement : la tête est jeune et le corps est vieux. La tête commande de faire quelque chose mais le corps ne veut pas.* », soit liée à une diminution de la motivation qui découlait de la baisse de la condition physique : « P5 - *mais après en vieillissant (...) Quand tu as un moment tu te sens pas d'aller faire du vélo, du footing, ... Tu restes posé, tu veux récupérer. Y a ce côté aussi. Un peu feignant sur le sport. Devenu en tout cas. (...) I - Qu'est ce qui te motivait avant ? P5 - avant j'aimais faire du sport, j'aimais le football, j'aimais le tennis, j'aimais faire profite mes enfants. Maintenant ils sont grands et je suis plus trop motivé à faire les sports que je faisais. J'ai plus trop l'âge aussi. Physiquement c'est plus trop ça quoi.* ».

3.2.2.3 Influence des évènements de vie

Quand nous nous intéressions aux évènements de vie, nous avons constaté qu'un même évènement ne va pas influencer chaque personne de la même manière. Cela nous confortait donc dans l'aspect multi factoriel de la pratique d'une activité physique.

Un **changement de lieu de vie** pouvait augmenter le temps libre et favoriser l'AP, par exemple si le temps de transport diminue. Il pouvait au contraire éloigner la personne de ses centres d'intérêt et donc diminuer l'AP. « P14- *Parce que mes 3 années de fac c'était à Bordeaux et du coup... il y avait le surf et du coup on séchait tout le temps les cours pour aller surfer (...) Puis après j'ai fait Paris. Donc là ... à part lever le coude, Paris tu ne fais pas grand-chose.* ». Certaines autres personnes semblaient se réadapter à chaque situation sans difficulté et sans que cela n'ait d'impact sur l'AP à l'image de P12 : « *Moi j'ai l'habitude de courir en campagne tout ça. Bon je suis arrivée à Marseille, bon ben tant pis je cours en ville quand même quoi tu vois.* ».

L'arrivée d'un enfant était souvent synonyme de diminution du temps libre « P6 - *j'ai fait de l'aquabike et de l'aquagym. Mais là, avec les 2 enfants et la reprise du travail, c'est pas possible.* » mais certains y voyaient un moment pour se reprendre en main, c'est ce que nous explique P8 : « *Et après, j'ai repris après ... après ma deuxième grossesse, j'ai repris le sport. (...) J'ai fait un régime sérieux pour perdre mon surpoids de la dernière grossesse. Et... du coup c'est vrai que le médecin nutritionniste m'a donné en disant « essayez de faire de l'activité tous les jours et tout... » ».*

Face à un **problème de santé**, il existait plusieurs attitudes : une attitude combative qui refusait le laisser aller avec un désir de se prendre en charge et de ne pas capituler devant la maladie « P9 - *en fait j'ai eu une thyroïdite de Hashimoto donc j'ai pris 30 kg. Au début j'étais suivie donc je faisais beaucoup de sport justement, je prenais le traitement, j'étais suivie par un nutritionniste donc je faisais beaucoup de sport tout ça.* » ; un découragement avec un arrêt temporaire ou définitif soit car la pathologie gênait la pratique soit car elle la contre-indiquait carrément. « P10 - *J'ai eu un rhumatisme articulaire aigu qui m'a tenu au lit pendant 7 mois. Après le sport été interdit (...) au bout de 5 ans on m'a autorisé à reprendre le sport.* ». La dernière attitude était « un problème entraîne une adaptation de l'AP » : soit à court terme pour patienter jusqu'à une reprise dans de bonnes conditions « P12 - *Quand j'avais le pied surélevé là, ben j'ai acheté ça ! (Elle me montre des élastibandes) (...) Ben écoute moi ça m'a permis de pas dévisser un boulon quoi. Je me faisais des petites séries, je me suis inventé des exercices simples...* », soit à long terme si celle-ci était la source du problème « P4 - *il y a les usures, les tendinites... Du coup ça m'a*

fait revoir ma façon de faire du sport. (...) Aujourd'hui je me blesse moins je me sens plus solide qu'il y a 10 -15 ans. Je me respecte plus. Je respecte plus mon corps. ».

Un **changement d'activité professionnelle** entraînait parfois une diminution du temps libre en modifiant les contraintes et les priorités.

L'entrée dans les études supérieures ou le monde du travail était une période très à risque d'arrêt : « P2 : *Et quand j'ai commencé à travailler, j'étais coiffeuse, donc je faisais des horaires où je terminais à 20h donc je ne pouvais plus aller aux entraînements. Et les samedis je travaillais pendant les matchs. Donc c'est là où j'ai commencé à arrêter. »*

Pour la génération d'avant, on retrouvait aussi le service militaire.

L'impact d'un événement sur l'AP dépendait de la motivation de l'individu, des bénéfices qu'il retirait de l'AP mais également des bénéfices qu'il retirait du nouvel événement (Si quelque chose d'agréable remplaçait l'AP, la personne avait plus tendance à arrêter l'AP). L'effet d'un événement avait d'autant plus d'impact qu'il en succédait à d'autres car plus l'individu était déstabilisé plus il avait tendance à arrêter, créant ainsi un cercle vicieux.

3.2.2.4 État motivationnel

L'état motivationnel détermine la capacité d'un individu à changer de comportement. Il n'était pas figé et évoluait au fur et à mesure de la vie. Parmi les personnes inactives à un instant T, on retrouvait les différents stades motivationnels : l'indétermination, l'intention, la préparation, l'action et la consolidation.

En interrogeant les patients, nous retrouvions une certaine **ambivalence** entre le désir d'être actif dans l'absolu et la réalité du quotidien, comme nous l'expliquait P2 : « *J'aime bouger quand même ... mais par exemple le soir quand on me dit « va chercher la télécommande » j'arrive pas, j'ai pas envie de me lever. I : Mais vous dites que vous aimez bouger ? P2 : Oui en vrai j'aime bouger quand même, à la base j'aime beaucoup le sport. Mais dans la vie de tous les jours je suis une flemmarde. »*

Lorsque cette ambivalence existait, il était intéressant d'essayer de comprendre quels étaient les freins qui empêchaient le passage à l'action. Ils pouvaient être multiples et variés. Ici nous retrouvions la peur de l'échec et de la déception : « *P5 - il y a le vélo, il faut que je m'y mette, j'en ai acheté un, il faut que je m'y mette mais pour l'instant c'est un peu le temps qui me manque. Quand j'ai un peu de temps, tu vas te dépenser, il y a trop longtemps que tu ne fais plus de sport, tu vas être abattu. »*

Dans le discours des patients interrogés, nous remarquons l'importance fondamentale du **bénéfice ressenti** dans la consolidation après le passage à l'action : si les résultats obtenus correspondaient aux attentes, ils renforçaient la motivation. Si au contraire, le changement avait été idéalisé et ne correspondait pas à la réalité des faits, il augmentait les probabilités de la rechute, et replongeait le patient dans la période d'indétermination, qui pouvait être longue.

« P9 - donc au début quand j'en faisais (la danse) c'était en complément des autres activités sportives que je faisais c'est à dire du vélo, de la musculation. Tout ça voilà et c'était à but pour maigrir. (...) Sauf qu'entre temps il y a eu des choses dans ma vie qui ont fait que petit à petit j'ai arrêté le sport. Voilà en fait j'ai eu un problème de santé qui m'a fait prendre beaucoup de poids et j'arrivais plus à perdre le poids que j'avais pris du coup ça m'a démoralisé. Mais j'ai quand même continué à aller à la danse parce que ça me plaisait. » Ici la seule activité poursuivie était celle avec un bénéfice ressenti (la danse fait plaisir) alors que la musculation qui ne fonctionnait pas pour perdre du poids était stoppée.

3.2.2.5 Transmission aux générations futures

Dans les entretiens des personnes pour lesquelles l'AP est essentielle, le discours a fait ressortir 2 sortes d'**attitude parentale** : ceux qui accompagnaient les enfants dans leur élan naturel sans les contraindre et ceux qui semblaient vouloir forcer la chose car inquiets des aptitudes naturelles de l'enfant

« P7 - ma fille elle n'est ... pas très très sportive hein. (...) Elle va très vite tomber, elle a peur. Voilà donc pas vraiment, donc j'essaye mais c'est pas quelque chose qu'elle vit bien. Ça la fatigue. J'ai mal. Aïe. Ouille. (...) Mais j'ai essayé de lui faire des cours de natation mais elle a peur donc elle se tient au maître-nageur donc voilà. Donc là je lui ai parlé de danse mais elle ne sait pas trop... »

Il est difficile d'établir si cette différence de comportement était liée au parent et à son histoire ou bien à l'enfant lui-même. Il serait intéressant d'étudier cette question au sein de fratries.

Nous avons pu constater aussi parfois une méconnaissance des parents sur les besoins physiologiques de l'enfant pour son développement : ainsi certains ne leur offraient pas l'opportunité de se dépenser

« P12 - Parce que même il y a des gamins qui courent dans les apparts, en faite ils ont juste envie de se dépenser, mais leur besoin n'est pas écouté. Et ils courent dans tout l'appartement et tout ce qu'on peut leur dire c'est « cours pas ! Les voisins ! Mais arrête de courir ! Pas dans la maison ! ». Mais en même temps si on ne leur donne pas la possibilité de le faire ailleurs... »

L'enfant était au carrefour d'influences multiples (famille, école, pairs). Ces différents « influenceurs » avaient des attentes envers l'enfant, celles ci pouvaient être honorées ou déçues et cela impactaient la relation enfant-influenceur. On identifiait 2 façons d'aborder l'AP chez l'enfant : sous l'angle de la performance ou l'angle du jeu.

Un vécu positif de l'AP dans l'enfance semblait avoir un impact positif sur l'AP à l'âge adulte. La composante santé dans la motivation à l'AP augmentait avec l'âge. Le vieillissement et la quête de jeunesse qui en résultait, étaient des motivations à l'AP.

Un même évènement de vie pouvait avoir un impact opposé chez 2 individus. Cela semblait dépendre de l'état motivationnel, des attentes des patients, des bénéfices ressentis et de la confiance en soi de l'individu.

La transmission aux enfants pouvait être naturelle, source d'angoisse ou inexistante.

3.2.3 Influence de l'environnement

L'environnement participait à modifier les rapports et l'engagement dans l'AP à travers plusieurs composantes : l'environnement naturel, l'environnement social, l'environnement économique et enfin l'environnement professionnel.

3.2.3.1. Influence de l'environnement naturel dans lequel évolue l'individu.

En premier lieu, les entretiens ont fait ressortir l'importance du climat, et des saisons dans la pratique d'une activité physique. En effet pour beaucoup de répondants un ciel dégagé avec des températures clémentes était considéré comme facilitant, voir même motivant la pratique d'une activité physique et/ou sportive. Une météo clémente était perçue comme un facteur positif, invitant l'individu à sortir du confort sécurisé que représentait son foyer.

L'extérieur, la nature n'étaient plus perçus comme hostiles et les déplacements actifs ou la pratique d'une activité sportive en plein air étaient alors privilégiés par les individus voulant « profiter ». Par exemple P6 : « *Et puis nous on a le soleil ! Eux ils ont la pluie donc c'est plus de dépression là-bas que sur Marseille. il y a aussi le facteur "sortir", la lumière, la luminothérapie donc pour moi ça en fait partie.* »

D'après cette idée, un climat jugé difficile, caractérisé par la pluie, le vent, freinerait donc l'AP. Bien que dans de nombreux cas c'était effectivement le cas, on retrouvait chez certains individus, au contraire, une stimulation liée à la volonté de se confronter aux éléments P10 « *Je vous dirai que quand il fait beau, quand la température est idéale, j'apprécie moins de me balader dans la forêt que quand il y a une belle tempête et qu'il pleut beaucoup et que il y a les éléments contre moi. Voilà je suis comme ça. Bien sûr que je prends du plaisir quand le ciel est bleu mais j'adore ces moments de confrontations* ». Rajoutons de plus qu'un temps dégagé n'était pas toujours

synonyme de propice à la pratique d'une AP. En effet, en fonction des saisons et des latitudes, les températures élevées pouvaient être un frein car seraient nocifs sur la santé (coup de chaleur, coup de soleil) : « P3 - là avec l'été moi je fais plus de sport, là ça fait 15 jours que j'ai pas fait de sport, avec la canicule depuis 3 semaines, avec la chaleur moi je peux plus ».

Dans nos sociétés modernes, il semblerait que la pollution soit apparue comme un frein nouveau pour la pratique d'une AP. La pollution rendrait l'extérieur, l'environnement hostile et dangereux et ce d'autant plus dans un milieu urbain. Pour P3 : « *Mais en ville, vu ce qu'on respire...J'en avais discuté avec mon prat', il m'a dit que pour lui c'était pas top de faire une activité physique en ville vu ce qu'on respire* »

Pour certains, au contraire, l'existence de cette pollution de l'air était le témoin d'une crise écologique et constituait une motivation à un changement de mode de vie : favoriser la marche ou le vélo plutôt que de prendre la voiture, dans un but écologique, par exemple chez P8 « *Oui mais si les gens prennent moins leur voiture, peut-être qu'il y en aura moins aussi {la pollution}. Si tout le monde la prend moins, il y en aura moins.* »

Nous avons pu constater que un environnement naturel proche, accessible favorisait la pratique d'une AP. Les répondants recherchaient alors, via l'AP une reconnexion à la nature, une communion avec son environnement, apportant une dimension méditative à l'AP. P8 « *Je chemine quoi ! Je me ..euh voilà, je passe dans la pinède, c'est quand même super agréable* » ou encore chez ce patient P 13 « *c'est traverser la forêt ensemble, monter la dune, regarder le soleil qui se lève tu vois et tu vois quand tous les éléments (...) ben c'est génial parce que t'es là au bon moment et c'est un truc que tu partages avec la nature quoi (...) Genre la nature t'offre une session de sport, une séance de sport dont tu te souviendras toujours et toutes les sessions sont différentes.* »

Cette communion avec son environnement n'était pas incompatible avec le milieu urbain. L'urbanisation, notamment ces dernières années, adaptées et incitatives à l'adoption de déplacements actifs constituait une motivation pour nos répondants citadins : « P12 - *Je vais jusqu'au MUCEM, au pire terrasses du port, tu vois plus loin et... je reviens. Mais là mais c'est fantastique mais j'adore voir la vue, il n'y a personne. Très peu de monde... tu vois la ville se lever, et moi je suis bien pour commencer ma journée.* »

Cependant du fait de leur urbanisme inadapté, de nombreuses villes représenteraient pour leurs citadins un obstacle à la pratique d'AP, ce dont nous parlait P12 : « *Je pense aussi que ça peut faire peur quand t'as des enfants de te trimballer dans la ville alors que ... il n'y a pas*

d'aménagements prévus pour les vélos. Moi j'aurais peur de trimballer un gamin derrière mon vélo, à Marseille. ».

Certains autres patients interviewés rapportaient l'intérêt des villes par rapport aux milieux ruraux qui était d'offrir un accès plus large et diversifié à de nombreux clubs et infrastructures facilitant la pratique d'AP.

De nombreuses études ont cherché à quantifier le temps de sédentarité d'une population et il a été souvent décidé d'estimer la sédentarité sur le temps passé devant des écrans. Cependant, dans notre étude nous avons pu remarquer que le temps passé devant un écran n'est pas toujours associé à un comportement sédentaire. Bien que ce soit souvent le cas, pour certains répondants les écrans sont utilisés comme un outil afin d'optimiser et de suivre leur AP. Les écrans pouvaient favoriser l'AP via de nombreuses applications ou sites permettant l'accès à des cours en ligne. Une patiente nous a rapporté l'utilisation d'un podomètre qui lui permettait d'avoir une vue objective sur le nombre de pas qu'elle avait effectué, avec un objectif à atteindre.

3.2.3.2. Influence de l'environnement social et les relations aux autres individus.

D'après notre étude, l'aspect sociabilité, l'esprit de groupe, la camaraderie semblaient être des facteurs influençant la pratique d'une AP chez de nombreux individus.

En effet ces facteurs permettraient la création d'une **émulation** et créeraient un sentiment positif chez l'individu qui se sentirait porté et stimulé par le groupe, permettant de croire ainsi en ses capacités à réaliser une action. P13 « *Bien accompagné, par un coach sportif ou un groupe. Ça peut te faire faire de belles rencontres et qui te motivent* ». Cette émulation pouvait être retrouvée au sein d'un même groupe pratiquant une APS, ou via des personnes inspirantes que l'on côtoie. P13 « *il y a des gens qui, dans mon entreprise, ils font du vélo le matin 20 à 30 minutes et c'est cool, ils ont déjà fait leur sport (...) donc dans leur tête ils sont mieux, plus prêts au travail... moi je trouve ça stylé.* »

L'esprit de groupe et la camaraderie se caractérisaient aussi pour certains par le sentiment d'avoir un **regard bienveillant** et non jugeant lors de la pratique de l'AP. P12 « *c'est aussi qu'il y a un groupe, une ambiance bienveillante. Il y a une atmosphère assez bienveillante (...) les gens ils sont pas là en train de te regarder, au contraire ! S'ils voient que tu peines ou que tu regardes en disant « pff j'y arrive pas » ils sont là « mais c'est pas grave, décroche ! laisse toi bercer, tu vas voir, et ça va venir tout seul »* ».

Nos patients rapportaient également **l'aspect convivial**, où l'AP était presque un prétexte pour se retrouver entre amis et partager un bon moment de convivialité, de détente comme l'expliquait P14 : « *ça devient tes amies. Donc ouais ça motive. Quand t'as passé une sale journée tu te dis j'y vais, tu sais que tu vas rire en plus.* ».

Cet esprit de groupe, d'émulation, de bienveillance et de convivialité autour d'une AP commune pouvait parfois aller jusqu'à être considéré comme une **philosophie de vie**. L'AP représentait alors une passion autour de laquelle les différents individus se rassemblaient, les règles établies dépassant la simple pratique de l'APS comme le percevait P13 : « *Pourquoi on aime le surf ? C'est parce que c'est beaucoup plus que juste essayer de faire bouger une planche sous ses pieds. (...) c'est des sports beaucoup plus complets (...) tu t'intéresses à la météo, tu t'intéresses à la mer, tu t'intéresses à ton équipement (...) je trouve que c'est plus un lifestyle (...) C'est vraiment une culture. Je pense que tu retrouves aussi ça dans le sport de combat ! Tu rejoins plus une communauté, pas forcément un groupe ou une équipe, une communauté de gens.* ».

L'AP était également importante pour établir un lien entre les individus notamment dans les relations familiales et amoureuses. Les interviewés disaient pratiquer de l'AP pour faire plaisir à l'autre, se créer une activité commune à faire ensemble, que ce soit dans le cadre amoureux, par exemple P13 : « *Mais par contre avec ma copine j'aime bien courir. Parce que elle, à la fin, est trop contente. Moi je prends pas un méga plaisir, genre tout seul j'y serais pas allé. Mais le fait de savoir que elle, elle va kiffer et tout ben ça me motive. Puis moi aussi à la fin je kiffe trop* » ou familiales par exemple chez P10 : « *j'ai envie de faire du ski avec mes petits enfants. Ils me largueront très vite parce que à 6 ans il y en a déjà un, impossible de le suivre mais au moins ce que je n'ai pas fait avec mes enfants, que je puisse le faire avec mes petits enfants.* ». Il pouvait aussi simplement s'agir d'aider un proche, comme l'exprimait bien P2 : « *en fin de semaine je vais aider mon chéri au garage, donc je vais nettoyer les voitures, je fais le ménage et tout ça et là c'est une grosse journée, 2 ou 3 grosses journées comme* »

Ces relations familiales et amoureuses pouvaient donc être un élément motivant ou engageant dans la pratique d'une AP. Mais elles se révélaient parfois aussi être des freins notamment lorsqu'il existait une divergence des envies ou du goût pour une AP. C'est ce que nous racontait P14 : « *Il aime pas aller courir, aller marche, faire de l'acroyoga, des trucs. Du coup forcément ça limite parce que les trucs que tu pourrais faire à 2, comme lui il aime pas ben pour passer du temps avec lui je suis obligé de prendre sur toi ce que tu aimerais faire* ».

Dans le cadre familial ces freins se retrouvaient aussi, liés aux différences de capacités physiques intergénérationnelles, ou liés au fait que d'avoir une famille à charge limitant donc notre temps disponible pour la réalisation d'une AP : « P8 - *Parce que quand on a 2 petits ... C'est compliqué.* »

L'AP semblait également être influencée de façon plus large par une pression exercée par la société sur l'individu via des normes sociales, auxquelles il serait préférable de se conforter. Pour nombre de nos répondants, cette pression était difficile à vivre et certains se sentaient culpabiliser car n'y répondant pas de façon adéquate. Cela entraînait chez certains une perte de l'estime de soi et de sa capacité à être maître de son corps et constituait donc un frein à la pratique de l'AP, comme nous le décrit P2 : *« voir des gens hyper musclé ou des filles toutes maigres, ce genre de chose qui nous démotiverait parce qu'on se sentirait mal à l'aise, on se sent pas à notre place quoi. »*

P12 *« puis avant d'apprendre le crawl, je vais t'apprendre à souffler dans l'eau, comme ça tu seras à l'aise dans l'eau(...) Parce que les gens voient tout de suite un geste technique. Toujours dans ce souci de performance. »*

3.2.3.3. Influence de l'activité professionnelle et de la vie quotidienne.

Pour certains patients, avoir du temps libre (temps hors travail et activités de la vie quotidienne) était une priorité au même titre que le temps dédié aux autres activités. Ces patients organisaient donc leur quotidien afin d'obtenir assez de temps libre à dédier à l'APS qu'ils l'estimaient nécessaire pour répondre à leur besoin et leur permettre un équilibre. « P12 - *Après si j'avais des gosses ou pas, euh... de toute façon je pense que ça serait une nécessité, une obligation pour le conjoint qu'on puisse se relayer quoi. »*

Pour d'autres patients, le temps libre était perçu comme un luxe qu'ils ne pouvaient pas se permettre. Pour un patient, la priorité était de subvenir aux besoins de ses enfants. Cela passait donc par un travail avec une rémunération suffisante ainsi que de donner de son temps libre à ses enfants. Le temps libre pour exercer une AP était donc relayé au second plan. Et ce d'autant plus quand l'activité professionnelle était caractérisée par des horaires changeants « P6 - *en maison de retraite, je suis un coup du matin, un coup du soir, travail un WE sur 2, les jours fériés. Plus les enfants à gérer. »*

Pour d'autres personnes, c'était leur investissement au travail qui était une priorité, grignotant ainsi sur le temps libre. « P10 - *On met le curseur de son implication à un niveau. Moi mon implication était totale {dans mon travail}. »*

Lors de nos entretiens, il est ressorti une inégalité d'ordre biologique entre les individus. En effet les petits dormeurs disposeraient de plus de temps libre et feraient de l'AP plus facilement que les gros dormeurs.

3.2.3.4. Influence du coût d'accès à une AP

Dans notre étude, nous remarquons l'importance du coût d'accès à la pratique d'une AP. Ce coût était bien souvent présenté comme un frein lorsqu'il était considéré comme trop élevé.

P12 : « *Moi j'ai l'impression que les adhésions dans les clubs c'est hyper cher quoi. Je sais pas si il y a des aides à côté. Euh... bon celui qui a la chance d'être dans un CE... enfin dans une grande entreprise, qui a un comité d'entreprise avec des participations ou je sais pas... enfin voilà qui peuvent participé. Mais après le gamin d'un employé lambda qui n'a pas de CE, euh ca devient cher quoi.* »

P14 : « *t'es obligé de filtrer c'est clair. après t'as des activités même si t'aimerait financièrement c'est pas possible.* »

Néanmoins dans notre étude, il apparaît que ce coût et l'engagement qu'il implique, pouvait pour certains de nos répondants être utilisé comme un levier de motivation à la pratique d'une AP comme l'exprimait P3 : « *Peut-être être en salle de sport aussi ça me motiverait. Le côté « payer un abonnement » je me sentirais obligée d'y aller. Puis partager un moment avec les autres* ».

- L'environnement extérieur perçu comme hostile (trop chaud, pluvieux, pollué, dangereux) était un frein à l'AP. L'environnement extérieur perçu comme attractif (beau, plein de défi, pratique) était une motivation à l'AP. Les écrans pouvait être des outils pour promouvoir d'AP. La conscience écologique était une motivation aux déplacements actifs.

- L'esprit de groupe et la camaraderie étaient recherchés pour leur bienveillance, l'émulation qu'ils généraient, leur convivialité ou la philosophie de vie qu'ils impliquaient. L'AP était perçue comme une activité agréable à partager avec ses proches et pouvait provoquer une frustration en cas de divergence des envies. Le culte sociétal de la performance et de la réussite était souvent exprimé par les individus.

- Avoir du temps libre pour pratiquer une AP semblait découler de l'ordre de priorité que se fixait l'individu. Le manque de temps était l'un des freins les plus fréquemment cité.

- Le coût était parfois utilisé comme un moyen de s'obliger à poursuivre une activité.

3.2.4 Effets ressentis ou recherchés de l'activité physique

Selon l'OMS, la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Le corps et l'esprit semblaient parfois impossible à dissocier, tant l'un influençait l'autre.

« P14 - Mais après moi j'aurai du mal à te dissocier juste le coté physique et le coté mental, ça va de pair quoi. Si tu te sens bien dans ton corps, la tête va mieux, du coup comme ça va mieux, tu peux aller plus loin. »

3.2.4.1 Les interactions entre le mental et la pratique de l'AP

Le discours des patients interviewés a fait ressortir différents besoins dans lesquels l'activité physique serait impliquée. Nous les avons répertoriés dans cette partie : défi ; image, estime et confiance en soi ; quiétude ; bien être ; passion ; mouvement.

Pour nombre de personnes interrogées, l'AP et particulièrement le sport étaient étroitement liés à la notion **de défi, de performance, d'objectifs**. Cette vision pouvait être une réelle motivation mais avait tendance chez certains à engendrer beaucoup de stress et pouvait alors devenir un frein.

« P10- non déjà il y a l'aspect défi personnel. C'est à dire d'être capable de faire. (...) Je vous dirai que quand il fait beau, quand la température est idéale, j'apprécie moins de me balader dans la forêt que quand il y a une belle tempête et qu'il pleut beaucoup et qu'il y a les éléments contre moi. Voilà je suis comme ça. Bien sûr que je prends du plaisir quand le ciel est bleu mais j'adore ces moments de confrontations. »

Ici ce patient aimait le défi, c'est à dire la confrontation aux obstacles, il cherchait des tâches compliquées ou difficiles pour se prouver qu'il était capable.

Le corolaire, c'était l'exemple donné par le patient 12 : « ils sont là : « allez c'est bon j'y vais tous les jours ! Tous les jours ! » Ouais mais le corps est pas habitué et paf ça craque ! Même eux ils craquent psychologiquement, que ça craque ou pas physiquement, et ils ont plus envie, ils sont dégoûtés. » La déception et la baisse de l'estime de soi induisait un craquage et l'arrêt.

« P10 - Je ne pourrai pas comprendre le sport sans avoir un but, c'est à dire de m'améliorer. C'est certain qu'avec le temps en vieillissant je ne pourrai plus m'améliorer mais au moins me maintenir et éviter le recul. Ça oui ! Mais je vais, si je recommence à marcher : ça sera marcher un km après je vais faire un km et demi et avoir une progression. »

Ici le patient nous parlait de son besoin d'objectif : il voulait un objectif car il voulait progresser et pouvoir observer sa progression. Ce n'était pas le fait d'atteindre un objectif qui le motivait c'est le fait de s'améliorer.

Le corolaire, c'était qu'une baisse des performances liée à un arrêt prolongé ou à un accident pouvait entraîner une mise en échec lors de la reprise : il n'avait plus le niveau d'avant et donc

plus de motivation car il ne pouvait plus s'améliorer. Ici c'était la déception et la dévalorisation qui étaient au 1^{er} plan.

« P13 - Nan depuis tout petit je ... j'aime bien les sports de sensations. Je sais pas j'ai toujours aimé grimper aux arbres, faire des coups de pieds de ninja, sauter de haut, tu vois ce genre de... quand t'es un peu hyperactif quand t'es petit... J'aime bien les sports d'équilibre. D'adresse, essayer d'être le plus adroit possible. Et du coup ouais je pense que je me suis orientée plus vers ces sports parce que c'est des sensations que j'aime et j'étais hyper casse-cou quand j'étais petit. Maintenant avec l'âge ben ça a clairement diminué mais... ; c'est plus ça que je recherche dans le sport. »

Ici le patient évoquait les sensations dites fortes. Ces activités renvoyaient au courage, au contrôle de la peur, au dépassement de soi, parfois à un besoin de reconnaissance ou à un esprit de rébellion. Il s'agissait de profil avant tout masculin et plutôt jeune.

A contrario certains ne cherchaient pas le défi, voir l'évitaient. Ils étaient plutôt en quête d'une activité calme, abordable, dans leur zone de confort physique.

L'AP semblait étroitement liée aux notions **d'image, d'estime et de confiance en soi**. La perception du corps semblait être associée à l'estime de soi, plus précisément l'insatisfaction corporelle avec une faible estime de soi. Cette insatisfaction pouvait être le fruit de comparaison entre l'individu et d'autres personnes de son entourage. La patiente P2 nous illustre l'impact de ces comparaisons : *« P9 - En fait je faisais de la danse classique et quand on fait de la danse classique et bien les standards de beauté c'est être très très fine. Poids plume, tout ça. Et moi, j'ai toujours été ... pas en surpoids. Là actuellement je suis en surpoids mais avant j'étais en forme. Avec un petit bide voilà. Et donc j'ai commencé à complexer, la prof de danse en l'occurrence qui faisait toujours des éloges sur les autres petites filles et donc j'ai commencé à complexer à me voir en dessus même si j'étais jeune je devais avoir 10 ans. Oui voilà 10-11 ans, donc voilà j'ai commencé à complexer et au final c'est moi qui ai demandé d'arrêter (la danse). »*

Ici la comparaison était responsable d'une baisse de l'estime de soi et de l'arrêt de l'AP.

La confiance en soi augmentait le bien-être général des personnes, leurs motivations et donc souvent leur pratique mais aussi leur performance.

L'inverse était également très fréquent à l'image de P9 : *« Moi j'ai des parents qui sont très sportifs. (...) I - ça a mis la pression sur vous ? P9- Oui un peu de se dire : je prends mais en fait j'arriverais jamais au niveau de mes parents parce que j'ai toujours eu un peu des petits problèmes de poids. »* Ici la peur de décevoir reflétait l'absence de confiance en soi et inhibait l'AP.

La compétition est une autre forme institutionnalisée de comparaison entre les individus. Pour les individus avec un manque de confiance en soi, elle était une source de stress. « I - Tu ne faisais pas vraiment de sport en club ? P13 : Ben je déte...En fait j'ai jamais vraiment aimé ça le sport en club. J'ai fait du tennis en club mais j'avais trop la pression quand j'y allais, j'avais une boule au ventre quand mes parents m'amenaient au tennis. I : Ah oui pourquoi ? P13 : Ben parce que j'étais dans des cours où ils mettaient tout le temps en duel. Et j'aime pas trop la compétition ou ..euh ouais l'esprit de compétition, l'atmosphère ... »

La baisse de performance par rapport à une période antérieure avait également un impact sur la confiance en soi comme en parlait P14 : « Ca a été dur la transition ou tu as l'impression que tu peux plus faire confiance à un membre de ton corps ça c'est dur ouais. I - donc un truc qui te freinerait ça serait de pas avoir confiance dans tes capacités pour faire un truc parce que ça ne dépend pas de toi ? P14 - ouais c'est ça. »

Les personnes interrogées pouvaient favoriser leur confiance en soi par différents mécanismes : le fait de ne pas fixer d'objectifs trop hauts qui pourrait les mettre en échec ; ou encore insister sur l'aspect progressif : « P5 - à la rigueur oui aller au bureau en vélo, mais après avoir fait un test d'effort voir si c'est dans mes capacités, aussi. Que je serai capable d'aller travailler en vélo ou le contraire. I - tu voudrais faire un test d'effort avant de te lancer ? P5 - le test de d'effort je l'ai fais tout va bien mais après c'est le test d'effort perso. Performance en fait : de quoi je suis capable. C'est surtout ça. Donc il y a une petite appréhension. Et quand il y a une reprise de... I - tu as peur de te confronter à un truc trop... P5 - inhabituel surtout ! Et quand il y aura plus de temps et de liberté, je prendrai le temps de me lancer. »

Dans le discours des personnes interviewées, l'AP semblait renvoyer souvent à **une quiétude, une sérénité, un apaisement des tensions**. Elle semblait être un moyen d'accéder à cet état, c'est à dire libéré de l'anxiété. Il s'agissait d'un moment privilégié, propice à l'introspection, à prendre soin de soi ou en tout cas à s'écouter davantage.

« P4 - (...) pour un peu me shooter aux endorphines. C'était une échappatoire à de l'angoisse, à de l'anxiété. J'ai recherché dans le sport ça. Je me mettais la race, j'allais courir, je faisais des abdos pour avoir mon shoot d'endorphine et passer à autre chose. C'était un peu une espèce de médicament : sport thérapie pour mon cerveau d'anxieux. »

Ici l'AP était utilisée comme une thérapie anxiolytique, un exutoire. Parfois certains évoquaient le besoin de se dépenser pour baisser leur tension intérieure.

« P5 - Et puis tu t'évades un peu aussi quand tu fais du vélo, du foot ou quoi que ce soit. Tu penses à ton sport et tu ne penses pas à tous les soucis. Je pars aussi de ce principe-là : évasion. » Ici le patient trouvait dans l'AP, un moyen de mettre temporairement ses soucis de côtés, de se détendre, de profiter de l'instant présent. « P12 - Mais... c'est avant tout se faire plaisir. S'aérer la tête. (...) puis moi en général ça me vide le cerveau aussi ... »

« P8 - le fait de venir à pied, je trouve que... Ben aller à pied de la maison au boulot c'est ... je vais faire ma psy : Je chemine quoi ! Je me... euh voilà, je passe dans la pinède, c'est quand même super agréable (...) vous savez on dit que quand on fait du sport ça oxygène le cerveau. Ça aide à réfléchir, etc... » Ici, l'AP était un temps propice à une réflexion posée. L'occasion de faire un point avant de pouvoir s'investir pleinement notamment dans ses activités professionnelles de la journée.

Le rôle de l'AP sur **l'humeur** était très souvent exprimé dans notre échantillon. L'AP était responsable d'un bien être, d'un sentiment de satisfaction personnelle, d'être dynamique, léger. On pouvait le comparer à un anti dépresseur naturel. On opposait ici le bien être à la dépression. Pratiquer l'AP était une façon d'induire un déplacement d'un côté ou de l'autre, nous parlerions de cercle vicieux « P6 – J'ai connu des personnes qui restaient à la maison, qui ne sortaient pas, elles étaient dans un monde où elles s'auto étouffaient. Et la dépression arrive. » ou vertueux « P14 - oui c'est ça, parce qu'après c'est un peu... ben c'est con c'est un peu le truc de la pensée positive : si tu broies du noir tu as du mal à faire des choses et à partir du moment où tu enclenches le mécanisme après ça va mieux et ça se fait tout seul ».

La passion était une motivation évoquée, bien que non majoritaire, elle est apparue plusieurs fois dans notre échantillon. Elle est définie comme une émotion forte, tournée vers un concept qui occupait excessivement l'esprit. Elle était responsable d'un état affectif intense qui dominait voire structurait et remplissait la vie de la personne. La notion d'émotion ressortait ainsi que celle de la création artistique, et permettait une sensation de plénitude (sentiment de pleine satisfaction) voir de transcendance (franchissement au-delà du perceptible et des possibilités de l'intelligible, qui permet l'accès à quelque chose de supérieur). « P13 - Je pense aussi que si j'avais pas ça... (...) Mais parfois quand j'observe tu vois certains copains qui n'ont absolument rien comme passion ou comme sport... ben je me dis qu'ils se font chier en fait. Si ce qu'ils aiment c'est seulement aller boire des verres et aller voir les copains... ben... je sais pas, je me dis que ça doit être chiant parce que pour moi, ça ne me suffirait pas. (...) Ben je sais pas imaginons que demain je sois dans un fauteuil roulant ben je le vivrais super mal pour tout ça. Et du coup

j'essaierais de me retrouver des activités... (...) toutes ses activités où tu peux retrouver une espèce de transcendance quoi. Tu vois quand tu joues de la musique parfaite ça doit être génial. Quand tu peins et que tu es dans un processus créatif ça doit être génial aussi... »

Le besoin de mouvement était parfois évoqué pour justifier la pratique d'AP, comme nous le racontait P12 : « À une époque c'était une nécessité. Je me levais le matin ... I : C'était un besoin ? P12 : Oui c'était un besoin, limite que je qualifierais de primaire... (...) C'était un peu comme oui. Si j'allais pas courir c'était l'horreur. J'avais l'impression d'exploser en moi. D'être en tension totale. D'être d'une humeur de chien... alors que ça durait pas longtemps ! Je pouvais prendre mes baskets et aller courir ½ heure tout simplement. ».

On observait des nuances dans les besoins exprimés : celui de bouger c'est à dire de mouvement peu importe le contexte ; celui de sortir, d'être dehors ou de s'aérer ; celui d'avoir des projets, une vie remplie.

La notion de besoin « primaire » était parfois employée. Elle correspondait à une exigence née d'un sentiment de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique (manger, dormir). Le besoin inassouvi plongeait la personne dans un état de mal être.

A contrario, certains individus ne ressentaient pas de sentiment ou de manque particulier en l'absence totale d'AP dans leur vie. Nous nous interrogeons alors sur l'explication d'une telle différence de perception des besoins.

3.2.4.2 Les interactions entre le corps et la pratique de l'AP

Les entretiens ont fait ressortir des aspects positifs de l'AP sur le corps (l'amélioration de la fluidité, de la maîtrise, l'entretien global, la stabilisation du poids et la notion de bonne fatigue) mais également des aspects négatifs (blessures). Il est ressorti également que le corps limite parfois la pratique de l'AP.

L'AP **améliorait la fluidité du corps** au quotidien, elle diminuait les douleurs et donnait de la souplesse : « P8 - Moi j'avoue que quand on se remet au sport, qu'on en a plus fait depuis un moment, en terme de souplesse, de... On se sent mieux ! (...) Et on a pas mal au dos, et ...parce que vous verrez (rires)... Oui, ça fait du bien. »

L'AP **reconnectait au corps et en améliorait la connaissance et la maîtrise**. Pratiquer une activité physique permettait d'appréhender ses limites, de se reconnecter à ses sensations, à la respiration, de prendre conscience de sa posture. Cela permettait de mieux connaître son corps pour pouvoir le respecter en conscience : « P14 - *du coup ça te reconnecte parce que déjà tu te recales sur ta respiration tu réécoutes vraiment les sensations que tu as. Tu corriges ta posture...il y a plein de micro mouvements ou de positions que tu as, que tu prends par, par la position que tu as et tu ne t'en rends pas compte mais tu la gardes après toute la journée et à un moment quand tu arrives au sport, juste des fois de respirer ça ouvre tes épaules, ça corrige ta posture, tu desserres les mâchoires et ça va mieux en fait.* »

« P12 - *En fonction, parce que je connais bien mon corps et je connais ses limites, donc il y a des fois où j'ai envie de le pousser et il a des fois où c'est ... c'est juste pour un maintien, c'est juste pour se ressourcer.* »

Dans le discours des patients interrogés, l'AP **entretenait le corps de façon durable** : à la fois la capacité physique et l'incidence de nouvelles pathologies. Elle permettrait de maintenir les aptitudes cardio-respiratoires, préviendrait l'apparition de pathologies d'organes surtout en présence de facteurs de risque, stabiliserait la masse grasse et musculaire et aurait une action sur l'organisme dans son ensemble.

« P9 - *Ben quand j'ai pris du poids, j'ai euh ... 100kg c'est énorme. (...) C'est pas moi. Je vais avoir d'autres problèmes qui en découlent forcément. Donc il faut que je fasse du sport, il faut que je maigrisse. I - Vous savez quels bienfaits pourrait vous apporter le sport en plus de perdre du poids ? P9 - Ben oui, le souffle déjà. Ça peut me faire du bien.* »

Pour nombre de patients, l'AP **stabilisait voire diminuait le poids** :

« P2 - *Par exemple bon, pour être honnête, il y a 1 an je faisais 68 kilos, là actuellement j'en fais 84. Donc j'ai pris beaucoup de poids, donc oui parfois j'ai envie d'aller faire du sport, de me mettre au régime. (En parlant de l'AP) Y a quelque chose qui me motive : la perte de poids. (...) C'est vrai que aussi par rapport à mon chéri, quand on s'est connu ben je ne suis plus pareil physiquement... et c'est vrai que ça aussi c'est une motivation, son regard. Le regard des gens, des autres aussi.* » Ici l'objectif attendu était la perte de poids.

« P11 - *j'arrive mieux à réguler mon poids. J'ai tendance à grossir. Si j'arrête le sport c'est catégorique : je grossis.* » Ici, ce n'était pas la perte de poids qui était recherchée mais seulement le fait d'être stable, de se maintenir. Certain l'utilisait ponctuellement pour compenser un écart alimentaire, d'autre au long court pour garder un équilibre ou bien sculpter leur corps (être musclé).

L'AP induisait une « **bonne** » **fatigue** : « P4 - L'activité physique, pour moi qui vit cette reconversion depuis peu, m'enlèverai plutôt une fatigue nerveuse au bénéfice d'une fatigue plus saine. Je dors mieux. » Elle donnait le sentiment de s'être vidé, d'avoir évacué quelque chose et renvoyait à une purification « P14 - J'aime bien cette sensation après tu vois. Ça fait quelque chose je sais pas. Ouais comme si t'avais pris une bonne douche, le corps il est bien. »

On constatait que les effets décrits sur la santé ne sont pas superposables à ceux repris dans notre introduction, qui sont issus de la littérature.

L'AP **pouvait aussi avoir une action néfaste sur le corps** surtout en cas de pratique intense ou de non-respect d'une reprise progressive. On retrouvait la fatigue, la traumatologie aiguë (douleur, hématome, fracture) et les usures (arthrose, tendinites).
« P4 - je pense que les accidents sportifs il n'arrive pas par hasard. Je pense que quand tu te blesses, il existe déjà une fatigue. Je ne crois pas que ça soit juste pas de bol. Après il y a les usures, les tendinites... Du coup ça m'a fait revoir ma façon de faire du sport. En considérant mes temps de repos comme faisant partie de l'activité physique. Un truc aussi important que la pratique en elle-même. Mais j'ai mis du temps en terme d'hygiène sportive. Aujourd'hui je me blesse moins je me sens plus solide qu'il y a 10-15 ans. Je me respecte plus. Je respecte plus mon corps. »

L'AP **pouvait être réduite du fait d'une limitation corporelle** (maladie aiguë ou chronique, douleur, fatigue, infirmité) : il s'agissait d'un frein très fréquemment rapporté par les patients par exemple P1 : « I - Est-ce que parfois vous ressentez le besoin d'être plus active pour différentes raisons ? P1 - Souvent, mais ma santé m'en empêche »

Les effets sur le corps et l'esprit étaient parfois indissociable notamment en ce qui concernait l'image du corps et l'estime de soi.

Les comportements d'AP étaient motivés par l'envie de répondre à des besoins (défi, confiance en soi, quiétude, bien être, passion ou mouvement). Certains individus se complaisait malgré l'absence totale d'AP.

L'AP avait un impact positif sur le corps en augmentant sa fluidité et sa maîtrise, en l'entretenant, en régulant le poids et en apportant un état de bonne fatigue.

L'AP et le corps pouvaient aussi s'influencer de façon négative : une pathologie limite l'AP et l'AP provoque parfois l'apparition de pathologies.

3.2.5 La relation avec le système de soins

Les attentes des patients interrogés concernant le système de soins étaient bifocales : souhait d'une prise de conscience large voire sociétale et incluse dans les mœurs et souhait d'une prise en charge personnalisée à l'occasion d'une relation en tête à tête entre médecin traitant et patient.

3.2.5.1 Prévention de masse

Chez l'enfant

Les patients jugeaient le rôle de l'école fondamental et pensaient qu'il s'agissait du lieu idéal pour réaliser dès le plus jeune âge de l'information et de la prévention notamment au sujet de l'AP. *« P3 - Je pense qu'on devrait en parler dès le plus jeune âge, à l'école primaire. Leur expliquer, leur délivrer une éducation, car il y a trop d'enfants encore qui ne font pas d'activité physique en dehors de l'école. Et peut-être que 2h / semaine au collège-lycée, ça ne suffit pas. Il faudrait vraiment valoriser ça. »*

Le rôle de la guidance parentale arrivait au second plan, les patients pensaient que les parents devaient être sensibilisés aux besoins de leurs enfants pour mieux y répondre. Ils semblaient attribuer ce rôle aux professionnels de la petite enfance y compris dans le corps médical. *« P8 - ça serait bien que les parents prennent conscience du fait que... ils se rendent pas compte qu'ils mettent autant de temps en voiture à faire les choses qu'à pied. Quand ils amènent les gamins à l'école jusqu'à l'intérieur de la classe en voiture... Alors qu'ils peuvent se garer un peu plus loin, y aller à pied, ils peuvent laisser le gamin faire du chemin ... »*

Chez l'adulte

Pour nombre de patients, les politiques de santé devaient davantage favoriser la prévention et l'information notamment auprès des généralistes, interlocuteurs privilégiés de la population, ainsi que des campagnes d'éducation populaire et de sensibilisation à grande échelle.

Les réglementations concernant l'urbanisme devraient être davantage incitatives à la pratique de l'AP ainsi que les subventions pour permettre le développement de ces activités pour tous. *« P12 - Moi j'ai de la chance d'avoir grandi dans une ville où le maire, il a développé beaucoup de structures sportives. Et les clubs étaient très actifs et avaient beaucoup de subventions I : Donc c'était accessible ? P12 : Oui et c'était accessible et les tarifs n'étaient pas... les inscriptions en club n'étaient pas chères. Parce qu'ils pouvaient être dans une structure municipale qui était gratuite donc il y avait juste la licence à payer et évidemment dans certains clubs il y avait... il y avait des bénévoles mais il y avait aussi des personnes qui étaient employés donc qui étaient rémunérés pour leur travail. Mais ... ce n'était pas cher. »*

3.2.5.2 Prévention ciblée en consultation

Au cours des entretiens, les interviewés ont rapportés trois attentes de leur médecin traitant concernant l'acte de prévention : le constat, l'information générale et personnalisée puis l'encouragement ou la proposition. L'impact sur le patient de ce message de prévention dépend de deux facteurs : la relation du patient avec son médecin et la perception du rôle du médecin.

Dans le discours des patients interviewés, la relation avec le système de soins dépendait en premier lieu des caractéristiques de la relation entre le patient et son médecin généraliste. D'après notre étude, il ressortait selon les dires de nos patients que cette relation singulière s'articule autour de plusieurs axes :

- L'importance d'accorder un **temps d'écoute** et de paroles suffisant afin de se sentir bien compris, comme le décrivait P9 : « *I - Alors que vous vous vouliez peut-être demander comment faire ? Vous aviez parlé du sport avec lui ou pas du tout ? P9 - Non non. En fait, je sais pas... ses consultations sont trop rapides. On a pas le temps de ... parler avec lui. »*

- La prise en compte de l'individu dans **sa globalité et sa spécificité** avec notamment l'importance de l'environnement dans lequel il évoluait, pour une prise en charge adaptée à l'individu. C'était ce que soulignait P4 : « *{Mon kiné} a su me soigner comme quelqu'un qui pratique beaucoup de sport et pas comme on soigne quelqu'un de lambda. Il m'a plus pris globalement que la plupart des médecins qui m'avait soigné pour une pathologie qui aurait pu être pour moi ou pour un vieux de 80ans. Je caricature un peu mais voila. »*

- L'ouverture d'esprit et la capacité du médecin à **se remettre en question** quant à la limite de ses connaissances et de travailler avec d'autres professionnels du domaine de la santé afin d'orienter son patient au mieux pour répondre à son problème.

P14 : « *Elles ne sont pas forcément juste axées sur une médecine dite classique. Elles sont ouvertes à des médecines "parallèles", genre médecin chinoise etc. Donc ça c'est cool parce qu'il y a une vraie complémentarité, moi j'aime bien. Parce que du coup elles lient vraiment pour le coup et elles répondent moi à mon attente où elles lient vraiment le corps et le mental. (...) Elles sortent du schéma où les médecins quand ils ne trouvent pas ils ont vite tendance à te dire que c'est dans ta tête (...) c'est cool d'avoir quelqu'un qui t'écoute et qui se rend compte que c'est pas un saint homme et que si lui il ne sait pas il dit "on va chercher ailleurs". »*

Ces différents éléments permettaient donc d'établir une relation de confiance entre le patient et son médecin généraliste.

Notre étude nous a également permis de montrer que c'était parfois la façon dont était perçu le rôle du médecin généraliste par les patients qui influençait la réalisation de la prévention. En effet, pour certains patients, la prévention faisait effectivement partie du rôle du médecin généraliste et ce dernier pouvait, et même devait, poser les questions nécessaires, s'intéresser au patient et donc sortir du simple cadre dressé par le motif de consultation. Pour d'autres patients, le rôle du médecin généraliste se cantonnait au motif de consultation pour lequel le patient consultait. Les questions ne visant pas à répondre à cette problématique pouvaient donc être ressenties comme de l'indiscrétion ou hors sujet.

P11 : « I : *Donc vous n'en avez pas particulièrement discuté. Vous verriez un intérêt à le faire ?* P11 - *non pas forcément. tout se passe bien. Si j'avais un problème oui on en parlerait. I - Ne serai ce que pour avoir des informations ?* P11 - *non* »

La caractéristique de la relation patient - médecin ainsi que la façon dont le patient percevait le rôle du médecin sont deux déterminants qui influençaient la façon dont était reçu l'acte de prévention du médecin lors d'une consultation, peu importe le motif initial.

Dans un premier temps, les patients disaient attendre de leur médecin qu'il **constate**, en posant des questions ou par la prise de certaines constantes de base comme le poids. Mais ce constat devait être fait en prenant l'individu sans sa globalité, sans jugement moral ni culpabilisation, c'est ce que P9 nous racontait : « *j'étais suivie par une endocrinologue qui m'a dit que en fait si j'avais pris 30kg en même pas 2mois c'est parce que je mangeais trop et pas à cause de mon hypothyroïdie alors que ... (...) j'allais rarement dans les fast-food c'était peut-être 3 fois dans l'année c'était le bout du monde. Et elle me dit c'est parce que vous mangez trop de conneries, vous buvez trop de conneries donc vous avez grossi à cause de vous.* ». Les patients interrogés attendaient de la part de leur médecin un regard médicalement neutre et ils étaient en général plus disposés à le recevoir que le constat de l'entourage : « P2 - *C'est vrai que venant d'un médecin traitant, ce serait mieux reçu, ce serait pas mal. (...) Mais quand c'est les proches, les gens autour ... l'interprétation est pas la même. On dirait qu'ils font ça pour nous piquer* ».

Après le constat, les patients attendaient du médecin généraliste qu'il les **informe** de façon « claire, loyale, précise » et adaptée au contexte spécifique du patient. Les patients souhaitaient à la fois des informations générales et des informations personnalisées sur son mode de vie : « P14 - *moi ce qui me frustre c'est cette sensation "tu es dans ton corps, tu l'habite mais tu comprend pas ce qu'il s'y passe en fait" et moi ça j'ai vraiment du mal avec ça et du coup, j'aime*

bien avec les médecins un peu plus jeunes qu'il y a c'est qu'ils ont tendance à t'expliquer et moi j'ai besoin qu'on m'explique. ».

Les informations devaient à la fois porter sur les bénéfices et les risques liés à la pratique d'une AP pour le patient lui-même. « *P10 - D'abord je veux savoir cardiaquement si je suis apte. De toute manière je me fais suivre là dessus. Et je veux savoir ce que je peux faire, on en parlera c'est certain. (...) L'attente c'est qu'il me donne le feu vert ou le feu rouge. »*

Enfin, pour bon nombre de nos répondants de la prévention de la part de leur médecin traitant consistait à proposer une démarche à suivre ou des pistes au patient notamment lorsqu'il s'agit d'une modification de son mode de vie, en prenant toujours en compte ses contraintes de vie. « *P1 - A ben tiens vous devriez faire ça, ou ça, ou ça. Et moi je trouve que c'est très important. (...) Certains docteurs ne donnent pas du tout de conseils. Moi j'ai un cardiologue, je lui demande "je marche", il dit c'est bien mais c'est pas lui qui m'aurait dit de marcher ! Il y en a qui ne dise rien. »*

Parfois, les patients disaient n'attendre du médecin traitant que des encouragements ou un renforcement positif validant les efforts déjà entrepris. *P5 : « I : Tu avais été satisfait par ces échanges avec ton médecin ? P5 - oui très bien au contraire. J'ai eu un bon soutien. Une personne présente qui m'a aidé et qui m'a fait bouger. Très satisfait. Complètement. »*

<p>La prévention de masse était attendue chez l'enfant via l'école et une meilleure guidance parentale proposée par le système de soins, et chez l'adulte via des politiques de santé d'éducation et de prévention ainsi que concernant l'urbanisation et les offres d'activités.</p> <p>La prévention ciblée attendue par les patients comprenait 3 étapes : le constat du niveau d'AP, l'information suivi d'une proposition d'action ou d'un renforcement positif. Cette prévention dépendait de la relation médecin-patient et de la perception du rôle du médecin par son patient.</p>

4. Discussion

4.1 Résultats principaux

La façon, dont les individus s'imaginaient l'AP, à la fois **sa définition et ses effets**, correspondait à leurs représentations. Une représentation erronée de la définition de l'AP pouvait entraîner une mauvaise perception du niveau d'AP par l'individu contribuant à une pratique insuffisante (activité professionnelle sédentaire prise pour une AP). Les représentations des effets de l'AP étaient influencées au cours de la vie. Nos résultats suggéraient que l'activité physique vécue comme un plaisir dans l'enfance influençait positivement la pratique d'une activité physique à l'âge adulte et que la motivation à la pratique pouvait augmenter avec l'âge du fait de la prise de conscience relative aux bienfaits sur la santé. Ces représentations de l'AP pouvaient donner du sens à la pratique, qui devenait une façon de répondre aux besoins de confiance en soi, de bien-être, d'appartenance, de passion et de mouvement.

L'environnement de l'individu, à la fois **physique et social**, influençait la pratique de l'individu. La pratique d'une activité physique pouvait être vécue comme une injonction sociale.

Les déplacements actifs étaient au carrefour des deux influences précédentes (représentations et environnement) car ils permettaient d'avoir une activité physique même en l'absence de temps libre, favorisaient une sensation de bien-être et d'efficacité à court terme, et étaient encouragés par un urbanisme incitatif et une sensibilité écologique. Il constituerait donc un levier pour le système de soin : à la fois par la **prévention de masse** (politiques de santé) et par la **prévention ciblée** du médecin traitant. Cependant le rôle de prévention de ce dernier n'était pas une évidence pour tous les patients.

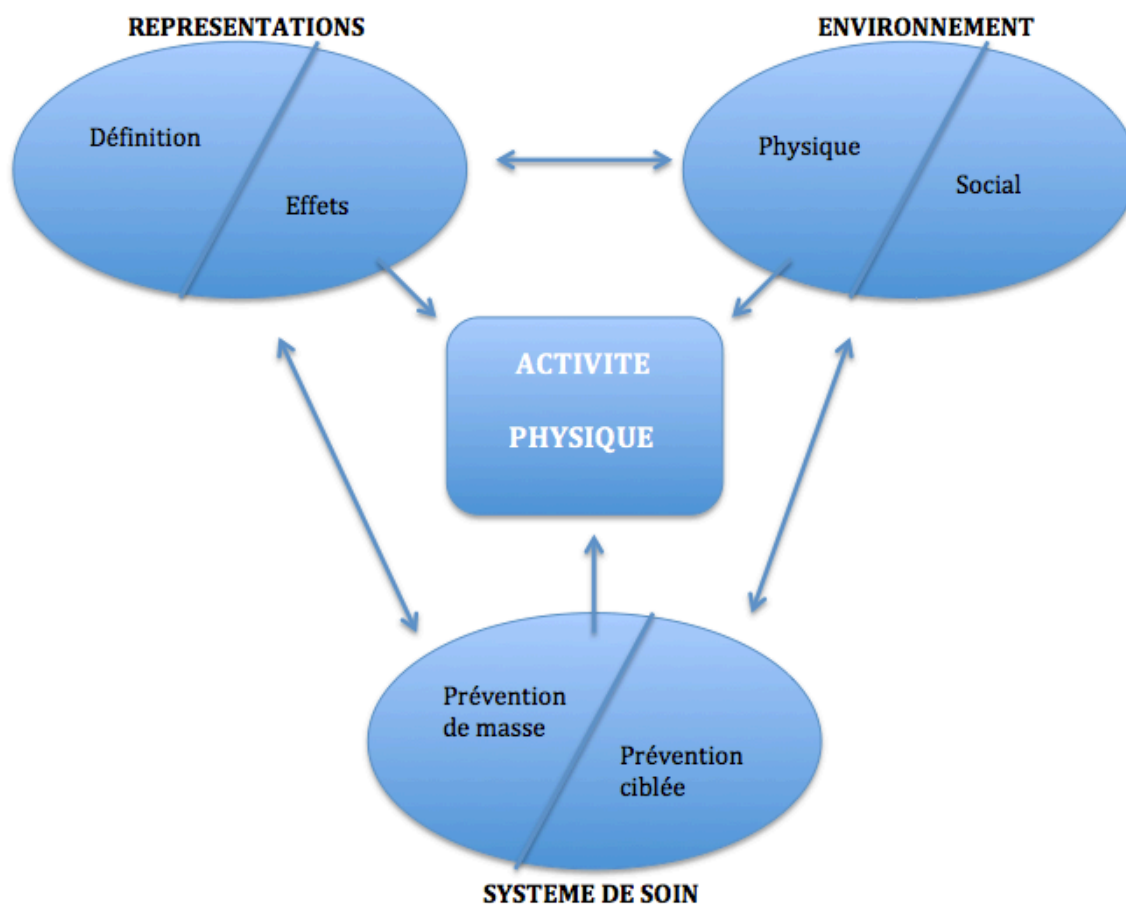


Figure 2 : Influences sur la pratique d'activité physique

4.2 Discussion méthodologique : force et faiblesse de l'étude

4.2.1 Population de l'étude.

Nous avons souhaité ancrer notre étude en population générale. Pour cela, nous avons choisi d'établir comme seul critère d'exclusion un âge inférieur à 18 ans.

Le choix d'exclure les moins de 18 ans de notre étude repose sur l'idée que les freins et motivations à la pratique d'une activité physique chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans sont plutôt ceux de leurs parents que les leurs.

Nous souhaitons faire une étude en population générale, sans prendre une catégorie d'âge (seniors, actifs, enfants) ou une catégorie socio-professionnelle (cadres, ouvriers, recherche d'emploi, retraités) en particulier, afin d'étudier les freins et les motivations que l'on peut retrouver de façon « universelle » dans la population générale française.

Notre population était donc très large. Nous estimons avoir atteint la suffisance des données nécessaire à l'élaboration d'une théorie cohérente sans pour autant avoir une totale saturation des données.

4.2.2. Discussion des lieux de recrutements de l'étude.

Les entretiens ciblés étaient réalisés dans notre entourage plus ou moins proche (voisins, connaissances). Nous n'avons pas eu l'impression que cette proximité relative avait eu un impact sur le bon déroulement des entretiens. On peut cependant supposer que cette proximité a pu parfois limiter l'abord de questions intimes ou sensibles.

En étude qualitative, la représentativité de l'échantillon n'est pas un requis contrairement aux études quantitatives. Les études qualitatives nécessitent en revanche une diversité de son échantillonnage. La proportion plus élevée de femmes dans notre échantillon ne constitue donc pas un biais pour notre étude. (54)

4.2.3. Discussion sur l'analyse.

Un carnet de bord a été tenu afin de déconstruire les a priori et d'élaborer de nouvelles hypothèses évolutives au cours de l'étude. (54)

Un premier guide d'entretien a été établi puis modifié après avoir été testé sur deux patients, comme cela est attendu dans le déroulement d'une étude qualitative.

L'analyse a été réalisé via l'emploi de l'outil informatique N-Vivo. Cet outil est un outil validé et utilisé pour l'analyse des études qualitatives permettant d'assurer une bonne rigueur scientifique.

Enfin un travail de triangulation a été réalisé entre les deux chercheurs à chaque étape de l'analyse, entrant dans les critères de validité interne d'une étude qualitative.

A chaque étape clef (établissement du guide, premier entretien) nous avons pu échanger avec nos directrices de thèse, cela a pu compenser le fait qu'il s'agissait d'une première expérience en recherche qualitative pour les 2 doctorantes.

4.2.4. Posture du chercheur

Les recrutements ayant eu lieu dans des cabinets médicaux ou en structure hospitalière ont probablement placé le chercheur dans une posture où il pouvait être assimilé à un soignant. Nous nous sommes présenté en temps qu'étudiantes en médecine en cours de travail de thèse. Du fait de la thématique de prévention, nous n'avons pas eu affaire à des questions directes concernant la santé des patients interrogés. On peut donc penser que cette « double posture » n'a pas influencé nos résultats.

4.3 Discussion des résultats :

4.3.1 La mauvaise perception de l'activité physique

Nous avons mis en évidence une mauvaise perception du niveau d'AP par l'individu en lien avec une représentation erronée de la définition de l'AP par celui-ci. Cette mauvaise évaluation pourrait être un frein à la pratique car le patient se trouve suffisamment actif. **L'impact de l'auto évaluation du niveau d'AP sur la pratique a-t-il déjà été étudié ?**

« P7 - Qui est actif... oui qui travaille. (...) I : Tous les travaux ou certains ? P7: Tous les travaux ! Peut-être d'avoir un travail... peut-être d'avoir un travail ça permet d'avoir une activité... euh de ne pas être sédentaire. »

Certaines études suggèrent que pour motiver un sujet à la pratique, il faut évaluer son niveau d'AP et fixer avec lui un objectif accessible. (55)

Il existe diverses études qui évaluent la validité d'auto questionnaire d'activité physique mais nous n'avons pas retrouvé d'études qui répondent à notre question. Il serait intéressant de comparer la façon dont les individus se situent spontanément par rapport à l'AP avant de leur soumettre un questionnaire d'évaluation afin d'en juger la concordance.

4.3.2 La conscience écologique est un nouveau vecteur de l'AP ?

Nous avons retrouvé que les déplacements actifs semblaient fondamentaux car ils permettaient d'avoir une activité physique même en l'absence de temps libre, favorisaient une sensation de bien-être et d'efficacité à court terme. Ils étaient encouragés par un urbanisme incitatif et une sensibilité écologique. **L'écologie en tant que nouvelle norme sociale favorise-t-elle l'AP notamment via les déplacements actifs mais aussi les sports de plein air?**

« P8 : Je ne suis pas en pleine pollution donc... voilà I : Oui après c'est ça qui est important aussi, c'est vrai que quand on est au centre ville donc plus de pollution, est-ce que ça se comprend... P8 : Oui mais si les gens prennent moins leur voiture, peut-être qu'il y en aura moins aussi . Si tout le monde la prend moins, il y en aura moins. »

La pollution atmosphérique et ses conséquences notamment sur la santé humaine, à court et long terme, sont maintenant connus et étudiés depuis de nombreuses années (56). A ce titre, elle constitue donc une préoccupation des politiques de santé. Cela se traduit par la diffusion de messages de prévention par les pouvoirs publics notamment lors de pics de pollution,

déconseillant alors la pratique de toutes AP et demandant une limitation d'utilisation des transports polluants par les usagers. La prise de conscience concernant la pollution atmosphérique, son acutisation et ses causes semble aller dans le sens d'une prise de conscience écologique en générale, tout aussi bien à l'échelle mondiale qu'individuelle.

De nos résultats, ressortait un lien entre conscience écologique et pratique d'une activité physique. La conscience écologique pouvait être une porte d'entrée dans l'activité physique via les déplacements actifs, tout comme l'activité physique pratiquée en plein air pouvait permettre une sensibilisation à la cause écologique chez un individu.

Un effort à l'échelle nationale et territoriale a été fait pour proposer depuis de nombreuses années un aménagement des territoires, plus incitatifs et répondant à cette volonté de modifier notre façon de nous déplacer. Ces aménagements sont tout aussi bien urbains que ruraux (6). Dans notre étude les répondants mentionnaient effectivement l'importance qu'il accordait à un aménagement urbain adapté aux modes de déplacements actifs.

Ressortait également de notre étude, une volonté de la part de nos interviewés de se reconnecter à la nature via l'activité physique. Un environnement naturel proche incitait à la pratique d'une activité physique pour nombre de nos répondants, avec parfois une dimension méditative qui émergeait, un sentiment de bien-être, de bienfait sur soi. Ce lien est retrouvé dans une étude britannique Pretty et Coll 2005 (57) qui montre l'importance d'un environnement attractif, beau pour la pratique d'une AP. On peut imaginer que cet engouement pour le plein air peut s'expliquer par le fait que 70 % de la population française vit aujourd'hui en ville (58), renforçant une aspiration à la nature, qu'on peut observer par les mouvements en fin de semaine ou à certaines périodes de l'année depuis les villes vers les zones forestières, rurales... Cette aspiration à la nature, cette recherche de nature, peut permettre également d'enclencher une prise de conscience quant à la fragilité de l'environnement naturel et à l'importance de sa préservation. D'autant plus que les aménagements mis en place pour la pratique de ses activités plein air veillent à sensibiliser et éduquer les usagers.

L'activité physique aurait donc le double bénéfice d'être à la fois bénéfique pour la santé de l'individu mais également pour la santé de la planète.

Le sport véhicule de nombreuses et universelles valeurs telles que le lien entre les individus et leur environnement naturel, social et culturel. Il véhicule des valeurs d'éducation, de solidarité, de non-discrimination et d'intégration. Le lien entre sport, conscience écologique et développement durable semble donc assez facile et tentant à faire.

Cependant lorsque l'on parle de sport, on parle à la fois du sport de masse, aux motivations telles que le bien-être, la convivialité, la forme, la santé, motivations retrouvées dans notre étude, mais également du sport de haut niveau constituant la vitrine de l'objet « sport ».

Ce sport vitrine, mis en scène à travers des compétitions internationales tels que les Jeux Olympiques ou Le tour de France représente une véritable industrie du spectacle dont l'impact environnemental est très négatif (59). Face à la prise de conscience mondiale sur l'urgence climatique, le sport de haut niveau a été, lors de la COP 21 de 2015, mis face aux enjeux environnementaux pour en faire ressortir des engagements sur les efforts à faire. Et ces efforts concernent à la fois le sport de compétitions mais également le sport de masse. Avec ses 2,5 millions manifestations sportives organisées en France chaque année, l'impact lié à la construction, la gestion des infrastructures dédiées à la pratique sportive et l'utilisation du matériel, le sport de masse semble représenter une source de pollution évidente mais difficilement mesurable dans les études. Un cas d'impact évident de l'AP sur l'environnement est celui des sports d'hiver. En France, il y a 405 communes supports de station de ski et 309 stations de ski. Les prélèvements d'eau potable dans ces communes sont de 278 mètre cube par habitant (multipliés par 1,7 par rapport à la moyenne nationale). La consommation électrique est de 10 Mégawatt heure par habitant (multipliée par 2 par rapport à la moyenne nationale). 79 % des stations de ski sont localisées sur une aire protégée, 879 kilomètres-carré de zone Znieff (Zone naturelle d'intérêt écologique, faunistique et floristique) de type 1 chevauchent des stations de ski et 1,29 % des surfaces des stations de ski sont imperméabilisées (la moyenne nationale est de 1,26 %).

Donc la prise de conscience écologique à l'échelle mondiale s'instaurant comme une nouvelle norme ne semble pas favoriser l'AP. En dehors des déplacements actifs, l'AP et le sport auraient même un impact négatif sur l'environnement. Il nous faut donc repenser notre façon de faire et de consommer le sport aujourd'hui, qui se révèle insuffisamment adaptée à l'urgence climatique. Cependant via ses valeurs et son rôle d'éducation touchant un grand nombre d'individu de tous âges, via les clubs, fédérations, compétitions, le sport peut devenir l'un des vecteurs majeurs de cette évolution sociale.

4.3.3 Amener l'AP chez les enfants, développer un apprentissage technique ou favoriser l'imaginaire et l'amusement ?

Nos entretiens ont fait ressortir 2 façons d'amener l'AP chez l'enfant : soit via l'apprentissage de gestes techniques dans une optique de performance, soit via le jeu et l'imaginaire avec l'objectif final de l'amusement. **Est ce que l'une de ces deux approches est plus efficace que l'autre pour faire aimer l'AP aux enfants ?**

« P12 - C'était axé sur le jeu, il y avait les moutons noirs d'un côté les moutons blancs de l'autre, il fallait déménager les moutons blancs du coté des moutons.. (...) voilà il mettait une petite mise en scène à côté et ... où il y avait plein de jeux, il fallait déménager ou retourner la tortue. Donc t'apprenais de la technique mais voilà (...) Enfin moi c'est ce qui m'a plu. »

Nos recherches nous ont conduit vers de nombreux sites internet, à destination des parents qui tentent d'expliquer pourquoi certains enfants n'aiment pas le sport et qui proposent des stratégies pour les aider à bouger davantage. Nous nous sommes basés sur 2 sites qui assuraient une relecture scientifique et présentaient leur bibliographie. (60)(61)

Ils proposent de chercher la source de ce manque d'enthousiasme : environnement trop compétitif, peur du rejet par ses pairs s'il se sent incompetent, peur de perdre, besoin de plus de soutien pour avoir confiance en lui, gêne de se sentir différent corporellement, activité qui ne tient pas compte de ses habiletés et de son tempérament ou encore niveau de difficulté trop haut ou trop faible.

Ils basent leur raisonnement sur le fait que pour inciter un enfant à bouger, il faut qu'il y prenne du plaisir et propose les 3 axes suivants :

- *Trouver une activité adaptée à l'enfant* : Proposer quelques activités, mais laisser l'enfant choisir celle qu'il préfère. Choisir des activités adaptées à l'âge et à la personnalité de l'enfant (les activités prolongées où l'intensité varie peu rebutent généralement les enfants). Si l'enfant n'aime pas un sport, ne pas insister car les activités doivent être plaisantes. Avec son aide, trouver une autre activité qui lui convient mieux. Lui permettre d'essayer différents sports est aussi un bon moyen pour lui de découvrir quels sont ses goûts.
- *Amener une convivialité* : Faire des activités physiques avec l'enfant pour le plaisir de passer du bon temps ensemble et pour l'inciter à bouger. Donner l'exemple : si le parent participe à des activités sportives, l'enfant aura probablement envie de faire de même.
- *Soutenir avec bienveillance l'AP* : Accorder davantage d'importance à la coopération qu'à la compétition (mettre en avant en plus des objectifs de réussite sportive, des objectifs de

développement personnel et d'acquisition d'habitudes de vie saine). Aider votre enfant à apprivoiser l'échec. Lui rappeler que le sport est avant tout un jeu. L'approbation que les jeunes perçoivent de leur entourage immédiat détermine fortement leur intention d'être actifs ainsi que leur niveau d'activité physique.

Le comité scientifique du Kino Québec « l'AP et les jeunes » recommande d' « organiser la pratique de sorte que les jeunes puissent apprendre et parfaire des habiletés fondamentales, tout en vivant des expériences plaisantes et gratifiantes qui favorisent l'estime de soi et le développement de réseaux sociaux. L'encadrement doit être approprié et les activités devraient prendre la forme de jeux où le plaisir n'est pas seulement associé à la victoire ».

Il conclut que promouvoir l'activité physique et le sport auprès des jeunes, nécessite l'engagement de plusieurs acteurs : parents, spécialistes de la santé et de l'éducation, personnel d'encadrement des activités physiques et sportives, élus, leaders d'opinion, etc. (62)

Cela nous conforte dans nos résultats qui avaient attiré l'attention sur le rôle de l'école, des parents et des politiques de santé ainsi que sur le rôle fondamental de l'aspect ludique de l'AP, particulièrement chez les enfants.

4.3.4 Quel est l'impact d'un vécu positif de l'activité physique pendant l'enfance sur la personne adulte ?

Nos résultats suggéraient que l'activité physique vécue comme un plaisir dans l'enfance influençait positivement la pratique d'une activité physique à l'âge adulte. **Le vécu positif de pratique d'une activité physique dans l'enfance stabilise-t-il la pratique à long terme ?**
« P8 - Parce que quand on a l'habitude de se bouger quand on est gamin c'est quand même quelque chose qu'on a en mémoire. Enfin je pense que le corps l'a en mémoire. »

Toujours dans le rapport du comité scientifique du Kino Québec, nous retrouvons les conclusions suivantes : « Les exercices physiques pratiqués pendant l'enfance et l'adolescence développent des habiletés motrices qui facilitent la pratique de diverses activités physiques et sportives. En plus de souhaiter garder la forme, il est fort possible que les jeunes qui font régulièrement de l'exercice physique puissent avoir envie de continuer à vivre des expériences plaisantes et stimulantes à l'âge adulte » (62). La réflexion était basée sur 4 autres articles dont 3 d'entre eux avaient mis en évidence cette association positive entre AP dans l'enfance et à l'âge adulte. Nous détaillons 2 d'entre eux :

- L'un de ces articles est une méta-analyse qui traite du suivi de l'activité physique dans toutes les phases de la vie, de l'enfance à la fin de l'âge adulte. Les résultats des études de suivi soutiennent l'idée que l'amélioration de l'activité physique chez les enfants et les adolescents est d'une grande importance pour la promotion de la santé publique. (63)

- Une étude prospective dont les données sont issues d'une cohorte finlandaise, tirée au hasard, d'individus âgés de 3 à 18 ans et suivis pendant 21 ans à l'aide d'un questionnaire d'autoévaluation de l'AP, conclut qu'un niveau élevé d'activité physique à l'âge de 9 à 18 ans, surtout lorsqu'il était continu, prédisait de façon significative un niveau élevé d'activité physique chez l'adulte (64).

Une étude rétrospective, menée auprès de 105 hommes volontaires, de 32 à 60 ans, inclus après réalisation d'un test maximal d'effort mené à terme qui reflétait le niveau de condition physique actuel, via des questionnaires sur l'AP ancienne (de 6 à 18 ans en précisant le type, le schéma et les facteurs psychosociaux associés) et actuelle (3 derniers mois) suggère que, durant l'enfance, la participation perçue comme forcée à des activités physiques organisées est associée à une moins grande probabilité de pratiquer des activités physiques et sportives à l'âge adulte (65).

Cela nous conforte dans l'idée qui nous a été rapportée dans les entretiens selon laquelle un vécu positif de l'AP dans l'enfance augmenterait la pratique chez l'adulte mais avec une corrélation faible à modérée seulement.

4.3.5 La peur du vieillissement est une motivation et un levier pour la pratique de l'AP

L'un des facteurs associés à la pratique d'une activité physique est d'« être jeune », ce qui semble en contradiction avec nos résultats. Mais nous avons retrouvé, dans nos résultats, que la motivation à la pratique pouvait augmenter avec l'âge du fait de la prise de conscience relative aux bienfaits sur la santé. En effet, l'expérience ou l'appréhension de la maladie et du vieillissement incitaient à prendre soin de soi pour contrer les effets du temps, notamment via l'AP. **Comment la peur du vieillissement influence-t-elle l'AP ?**

« I- Pourquoi vous veillez à ça (être active) ? P11 – Peut être parce que je rentre dans l'âge, je n'ai pas toujours fais du sport. Ca doit faire 2 ou 3 ans. »

Une étude qui s'intéresse à la peur associée au vieillissement tient le propos suivant : Vieillir est à la fois une épreuve et une chance (66). La citation suivante, issue d'un de leurs entretiens, illustre leur propos : « Il ne faudrait pas vieillir, la peau tombe, c'est la mort du

corps avant la mort de la tête, c'est la dégradation, moi j'ai peur de tout, j'ai peur de l'heure et du temps qui passe, il ne s'arrête qu'aux mauvaises heures ».

Cette peur du vieillissement a deux revers : la peur de la décrépitude et la peur de mourir.

- Les empreintes du temps qui passe nous façonnent dès notre conception mais les misères de l'âge sont dénoncées et pourchassées par l'homme. Il est le seul être vivant à tenter de déjouer l'œuvre du temps par tous les moyens possibles, des plus radicaux : chirurgie esthétique, réparatrice, aux plus doux mais aussi plus éphémères : injections de botox, cures de jouvence ou de remise en forme, en passant par les plus incertaines, ou les plus dangereuses où là curieusement la prise de risque est totale : *plutôt mourir que de vieillir*.

- La peur, de façon générale, est non seulement utile, mais parfois vitale au point d'être un *élément déterminant dans la sélection naturelle*. Ainsi les animaux qui ont peur de leurs prédateurs fuiront plus tôt que les autres et auront donc plus de chances de survivre. Dans la même logique, craindre un accident cardiaque poussera certains à se faire suivre et contrôler une HTA, craindre un cancer poussera peut-être certains à arrêter de fumer, craindre la maladie d'Alzheimer conduira à « stimuler » sa mémoire, faire de la marche, manger « crétois ».

Une étude qualitative sur la perception de la pratique sportive et le rapport à l'apparence, menée par Jarthon et Coll en 2015 s'est intéressée à des pratiquantes de fitness (67). Les auteurs expliquent qu'il existe un rejet social de la vieillesse, qui n'est pas nouveau, mais qui est accentué par le culte de la performance et de la concurrence des sociétés occidentales modernes. Le fitness est d'après les auteurs un moyen de lutter contre ce vieillissement, cela reste intimement lié à la question de la beauté.

- Le constat du vieillissement semble évident pour les participantes : Vieillir induit qu'elles ne sont plus désirables et qu'elles ne doivent plus chercher à plaire. Il s'agit ici d'une vision fataliste de la vieillesse, une perception de la vie comme fuite du temps *inévitable*.

- Ces discours et perspectives sont pourtant en totale opposition avec leur pratique, souvent motivée par la quête de la jeunesse, par le fait de garder la ligne, d'offrir une image positive d'elles aux autres. En creux, dans leurs discours, se lit l'importance du regard de l'autre. Pour la plupart de ces femmes, il s'agit de répondre, à travers la pratique assidue du fitness, à des normes et de tenter *d'éviter « l'inévitable »*.

La vieillesse met en danger l'identité pour autrui, le modèle de la femme séductrice comme illustration phare. Le devoir d'effacement visible des ans s'apparente à une quête de la jeunesse, sous-entendu de la beauté éternelle associée, parallèlement, à l'image de la minceur. De nombreuses méthodes et techniques sont utilisées dans le but de rester svelte et, par association, paraître jeune. L'activité physique en fait partie au même titre que les régimes. La

pratique d'une activité physique régulière, afin de garder et entretenir un corps ferme et souple, devient, pour ses adeptes, un des moyens de lutte contre les effets du temps qui provoquent des écarts par rapport à la norme corporelle en vigueur.

Cette peur du vieillissement, dont l'impact sur la motivation à l'AP semble bien réel, fait entrevoir une période d'opportunité pour la promotion d'une AP chez les personnes aux habitudes sédentaires.

4.3.6 Quelle est l'influence de la pression sociale sur l'AP des individus ?

Nos résultats retrouvaient que la pratique d'une activité physique pouvait être vécue comme une injonction sociale. Nous avons retrouvé à de maintes reprises cette influence des normes sociales, à la fois très transversale et difficile à isoler. **Comment ces normes sociales influencent-elles l'activité physique ?**

« P2 - C'est vrai que aussi par rapport à mon chéri, je ne suis plus pareille physiquement que quand on s'est connu et c'est vrai que ça aussi c'est une motivation, son regard. Le regard des gens, des autres aussi. »

L'environnement socio-culturel d'un individu regroupe les relations sociales (avec les proches) et les règles sociales : d'un côté les idéologies, croyances, rites et coutumes et de l'autre les normes sociales. Ce qui différencie les 2 dernières notions c'est avant tout l'aspect dynamique et évolutif d'une norme sociale. C'est pourquoi un rapport d'experts s'est intéressé à l'influence des normes sociales sur la santé et notamment sur l'alimentation. En effet cet aspect dynamique en fait un point d'ancrage pour des interventions en santé. (68)

De nombreux théoriciens se sont intéressés à la question des **normes sociales**, il en existe de multiples définitions. L'institut national de santé publique du Québec propose une définition générale que nous retiendrons : *Les normes sociales sont des règles ou des modèles de conduite socialement partagés, fondés sur des valeurs communes et impliquant une pression en faveur de l'adoption d'une conduite donnée, sous peine de réprobation de la part du groupe de référence.* (68) Ces normes sont responsables d'une influence sociale.

L'influence sociale ou la pression sociale est *l'influence exercée par un individu ou un groupe sur chacun de ses membres dont le résultat est d'imposer des normes dominantes en matière d'attitude et de comportement.* (69) Cette influence entraîne la modification des comportements, attitudes, croyances, opinions ou sentiments d'un individu à la suite du contact avec un groupe.

L'observance de la norme est assurée par la contrainte soit de l'ordre de la « *convention* » (lorsque la déviance des actions par rapport à la norme entraîne une réprobation générale et perceptible à l'intérieur d'un groupe donné), soit de l'ordre du « *droit* » (lorsqu'un pouvoir légitime assure, par la force, le respect de la norme en imposant une peine en cas de non-respect). C'est dire qu'au-delà de la préférence d'un individu à choisir telle option, au regard de sa propre évaluation de ce qui est préférable pour lui, la norme implique une pression sociale à privilégier un choix parmi d'autres. La norme sociale implique invariablement une pression socioculturelle engageant à se conformer.

La construction des normes sociales est assurée par des leaders d'opinion. Ils déterminent quels comportements sont souhaitables et appropriés, ce qui soutient la construction de la nouvelle norme. Elle entre nécessairement en compétition avec les normes existantes. Lorsque suffisamment de leaders d'opinion endossent la nouvelle norme et se mettent à la diffuser, alors le coût social de l'adhésion à la nouvelle norme est réduit. Il s'ensuit un phénomène de cascade où le nombre de personnes adhérant à la norme augmente exponentiellement et où l'adhésion se fait de plus en plus rapidement. Finalement, on peut dire qu'une norme est « internalisée » lorsque qu'elle est vue alors comme « allant de soi ».

Les normes sociales en lien avec l'activité physique :

Si nos représentations collectives ont évolué, l'activité physique et le sport sont encore associés de nos jours, dans l'imaginaire et les représentations collectives, à l'effort, à la compétition et à la performance, à la sueur et au dépassement de soi, ainsi qu'à un univers essentiellement masculin. Ils renvoient également à des images de beauté esthétique, d'un corps mince ou musclé, de jeunesse préservée, ou encore de santé, de bien-être et de contrôle sur soi. Nous avons identifié 3 normes sociales en lien avec l'AP : une norme corporelle, une norme professionnelle et une norme liée au sexe.

Notre société valorise l'AP, ce qui devrait pousser les individus à être actif pour se conformer à la norme. Ces visions réductrices limitent la portée des messages d'injonction à bouger, ceux-ci pouvant paraître, pour certains publics, hors de portée.

Norme corporelle :

Les constructions normatives corporelles d'aujourd'hui visent à rendre compte de positions culturelles ou sociales que l'on retrouve en particulier sur la question pondérale, mais aussi sur la silhouette, sur la peau ou sur le visage. Cette norme relie de façon étroite les normes alimentaires et celles de l'AP.

- Notre société largement occidentale valorise l'activité physique et sportive, largement associée à la beauté esthétique du corps car aujourd'hui, c'est le corps de la femme sportive (maigre et légèrement musclée) qui constitue le modèle dominant.

- Dans les sociétés d'antan, un corps féminin mince était synonyme de maladie ou de pauvreté alors qu'un corps rond signifiait la richesse, une bonne santé et une meilleure fertilité. Cette représentation existe encore aujourd'hui dans certaines parties du globe. A contrario, dans nos sociétés « occidentales », le corps obèse est associé à une plus grande précarité entraînant une alimentation calorique trop riche et à une mauvaise hygiène de vie. (70) La consommation débridée de nourriture n'est plus, comme ce fut le cas auparavant, un signe de bien-être social mais, au contraire, un stigmate du mal-être. Ainsi, le corps du « gros » apparaît comme un corps non-contrôlé et malade, celui de la mollesse. Il s'oppose au corps sous le contrôle de l'individu, tout en dureté, celui du « maigre » qui surveille son régime alimentaire et son activité physique.

- L'AP renvoie également à la notion de jeunesse préservée : Dans l'étude précédemment citée menée par Jarthon et Coll en 2015 sur les pratiquantes de fitness, il est montré que la préoccupation du bien vieillir et le poids du jeunisme dans les médias, ont engendré une démocratisation des âges de la pratique du fitness pour répondre au souci du corps et de la présentation de soi. En quelques années, le fitness est ainsi devenu un « outil » de lutte contre le vieillissement ou de prévention de celui-ci pour les femmes qui souhaitent répondre aux normes sociales prescrites. (67)

Norme professionnelle :

Notre société valorise sur le plan professionnel, l'effort, la compétition et la performance, et le dépassement de soi. Ces valeurs se retrouvent également dans l'AP (71).

A l'origine, le travail avait pour but premier d'apporter une rémunération. L'homme moderne chercherait, au-delà de ça, à recevoir une certaine reconnaissance de la société et de lui-même. Reconnaissance de la société car le travail permet à l'individu de s'intégrer socialement, et lui procure une certaine légitimité à appartenir à la société dans laquelle il vit. Et reconnaissance de soi par soi-même car le travail contribuerait à l'accomplissement personnel. A ce titre, la norme pousse les individus à s'investir complètement dans leur activité professionnelle parfois au détriment d'autres : la vie de famille, les loisirs ou l'activité physique.

L'enjeu est sans doute de faciliter la conciliation entre activité physique et professionnelle en faisant en sorte que le lieu de travail propose des opportunités d'AP ou, a minima, des incitations supplémentaires pour pratiquer une activité physique (72).

Le manque de temps est souvent cité par les personnes interrogées dans les enquêtes. La pratique n'est alors possible qu'une fois résolues les difficultés de conciliation entre activité professionnelle, vie familiale et personnelle.

« P9 - Je faisais mes études à coté (...) j'étais hyper fatiguée déjà à cause de cette maladie. Et il y avait trop de truc en même temps, je me suis dis tant pis. Tu as du poids. Je me suis dis pour l'instant fais tes études, trouve un travail et dès que tu sera stabilisée tu pourra ... »

Au-delà, cet argument du manque de temps est cependant aussi mentionné parce qu'il paraît socialement plus acceptable, que d'autres freins en réalité à l'œuvre.

Norme liée au sexe :

Notre société valorise l'activité physique mais l'associe largement à un univers essentiellement masculin. L'offre existante de pratique (lieux de pratique ou types d'activités) reste dans l'ensemble trop peu diversifiée et inadaptée aux besoins et envies des femmes et encore trop orientée vers la pratique en compétition (71).

Certaines études mettaient en évidence l'impact négatif des expériences de sexisme vécues par les jeunes filles et les femmes sur la pratique physique et sportive, ce que nous avons retrouvé dans nos résultats : *« P12 – T'es nouvelle donc forcément ils te regardent de la tête aux pieds, ils regardent comment t'es foutue enfin.. nan mais vraiment quoi ! Tu vois au début j'étais « bon bah c'est un cliché, c'est toi qui te fais des idées » et en fait, en parlant avec des amis, c'est ce qu'elles ressentent aussi en salle de sport quoi. Et d'ailleurs il y a des salles de fitness qui étaient ouvertes qu'aux femmes à une époque. »*

Les représentations sexuées de l'activité sportive expliquent aussi, en partie, le renoncement à la pratique de certaines activités pour les femmes (par exemple le football) et les hommes (par exemple la danse).

Plusieurs garçons voient le sport comme une activité leur permettant d'affirmer leur virilité et leur leadership, alors que bien des filles le relèguent au rang d'activité « enfantine » au fur et à mesure qu'elles vieillissent. Aux yeux de certaines, les activités physiques ne font pas partie du cheminement vers la maturité féminine, aussi sont-elles moins portées à les inclure dans leurs loisirs (62).

Cette norme sociale et les représentations associées à l'activité physique peuvent engendrer des effets ambivalents. Si ces représentations contribuent à motiver certains individus, elles apparaissent beaucoup moins mobilisatrices pour les plus éloignés de la pratique. L'enquête réalisée montrait comment ces derniers pouvaient être découragés, avec un cercle vicieux qui s'observait chez certains profils ayant un blocage fort vis-à-vis de l'activité physique. L'injonction générale à la pratique physique provoquerait ainsi chez ceux qui ne pratiquent pas – ou pensent ne pas pratiquer assez – un sentiment de culpabilité, voire une dégradation de leur estime de soi, ce qui renforcerait encore leur inhibition.

« P2 - D'aller dans une salle, voir des gens hyper musclés ou des filles toutes maigres, ce genre de chose qui nous démotivera parce qu'on se sentirait mal à l'aise, on se sent pas à notre place quoi »

Il paraît donc indispensable de faire évoluer ces normes afin de désacraliser le sport en général et de rendre l'activité physique abordable à tous.

4.3.7 Besoins humains fondamentaux et caractéristiques des motivations à l'AP.

Nous avons retrouvé que l'activité physique était une façon d'accéder ou de développer les besoins de confiance en soi, de bien-être, d'appartenance, de passion et de mouvement.

Ces besoins sont considérés comme fondamentaux par les patients. **Pourquoi certaines personnes ne font pas d'AP et n'en ressentent pas le besoin pour leur bien-être ?**

« P8 : Vous savez on dit que quand on fait du sport ça oxygène le cerveau. Ça aide à réfléchir, etc... voilà. Je trouve que ça met de bonne humeur, ça donne du tonus mais pas que physiquement. »

Les comportements humains sont motivés par des besoins sous-jacents que nous tentons de satisfaire à travers nos actes. Nous retrouvons différentes sources qui tentent de répertorier ces différents besoins et d'établir des théories qui régissent leur impact sur les comportements humains (pyramide des besoins de Maslow, liste de besoins humains fondamentaux de Marshall B. Rosenberg, liste des besoins de Marge Reddington). (73)(74)

L'activité physique participe au bien-être physique et mental d'un individu en permettant notamment de répondre à plusieurs besoins humains clefs (73). Dans notre étude, nous avons fait ressortir les effets ressentis ou recherchés de l'AP, que l'on développera ici.

De par la recherche de performance, de dépassement de soi, d'amélioration de ses capacités, l'AP permet de renforcer **la confiance en soi** d'un individu. La confiance en soi est définie comme la capacité à atteindre un objectif (75). La confiance en soi augmente avec les expériences qui

permettent de maîtriser des activités particulières. C'est une croyance positive que dans le futur, on peut généralement accomplir ce que l'on souhaite faire. On distingue la confiance en soi en tant que caractéristique de personnalité généralisée et la confiance en soi concernant une tâche, une capacité ou un défi spécifique (efficacité personnelle).

L'AP permet également d'ajuster l'image de soi. **L'image de soi** est une image mentale décrivant la personnalité physique et psychologique, que la personne se forge autant par elle-même qu'au travers du regard des autres (76). L'idéal corporel constitue l'image du corps vers laquelle l'individu tend. Cet idéal est intimement lié au contexte socioculturel et aux idéaux corporels présents au sein de nos sociétés. Cette « pression corporelle » s'exerce par les médias, les pairs, la famille et conduit à l'intériorisation des normes par les individus. Le corps perçu est la manière dont les individus se classent et évaluent leur poids (maigre, normal, trop gros). La différence entre le corps perçu et le corps désiré permet d'évaluer l'insatisfaction corporelle. L'AP par la maîtrise et la conscience de son corps qu'elle forge constitue donc un moyen théorique d'accéder au corps désiré et ainsi d'améliorer l'image de soi.

Dans nos résultats, la pratique d'une activité physique dans un groupe ou accompagné, ou simplement comme moyen de se socialiser représentait une des motivations principales. L'émulation, la convivialité, l'esprit de groupe, le partage, la bienveillance sont autant de sentiments recherchés et motivants la pratique d'une activité physique en répondant au **besoin fondamental d'appartenance** de l'individu (73).

« P14 - je pense que ça influence quand même, sinon je partirai plus que une activité que je peux faire toute seule quoi, ou j'irai courir. (...) T'arrive c'est la famille quoi. Les filles ça devient, c'est pas juste des filles que tu croise un soir ça devient tes amies. Donc ouais ça motive. Quand t'as passé une salle journée tu te dis j'y vais, tu sais que tu vas rire en plus. »

Enfin de nombreuses études ont permis de mettre en évidence l'effet de l'AP sur **le bien-être et la diminution de l'anxiété**. Les études neurobiologiques (77) ont permis de montrer que l'AP permet un sentiment de bien-être par l'augmentation de la production de dopamine au niveau du tronc cérébral et la libération de tryptophane au niveau du cerveau. La dopamine est un neurotransmetteur ayant un rôle essentiel dans le système de récompense, tandis que le tryptophane est un des composant de la sérotonine, neurotransmetteur agissant sur les structures cérébrales de nos émotions. De plus l'AP permet de faire chuter le niveau de cortisol associé au stress, et donc le niveau d'anxiété d'un individu. Ces différents effets décrits (bien-

être, dynamisme, bonne humeur) sont retrouvés dans la littérature et le sont également dans nos résultats.

« P8 - Vous savez on dit que quand on fait du sport ça oxygène le cerveau. Ça aide à réfléchir, etc... Voilà. Je trouve que ça met de bonne humeur, ça donne du tonus mais pas que physiquement. »

Selon Coopersmith (1984) « **l'estime de soi** est l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi-même. Elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable, valable, important. » (78). À noter que l'estime de soi semble être le résultat d'un processus de développement qui se déroule au long de l'enfance et de l'adolescence.

De par les multiples effets de l'activité physique, sur la confiance en soi et le besoin de compétence, sur l'image de soi, le besoin d'appartenance via les interactions sociales et le bien-être mental qu'elle procure, l'AP permettrait donc d'accéder à une bonne estime de soi, qui peut aussi être assimilé à l'affirmation de soi.

Cependant, malgré tous ses effets bénéfiques décrits et bien que l'engouement et la démocratisation de la pratique du sport dans nos sociétés soient réels, le niveau de sédentarisation n'a jamais été aussi élevé (71).

La pyramide des besoins ou pyramide de Maslow (figure 2) représente la hiérarchie des besoins d'un individu. C'est une théorie de la motivation élaborée à partir des observations réalisées dans les années 1940 par le psychologue Abraham Maslow. On entend par motivation, des forces qui agissent sur la personne (ou à l'intérieur de sa psyché) pour la pousser à se conduire d'une certaine manière, orientée vers un objectif et par besoins, les manques ressentis d'ordre physiologique, psychologique ou sociologique. En transposant les effets de la pratique du sport, on peut remarquer que l'AP peut être un moyen de progresser au sein de cette pyramide afin d'accéder à l'affirmation de soi.



Figure 3 : La pyramide de Maslow

En prenant un modèle plus récent de l'estime de soi, le modèle hiérarchique de Fox et Corbin (figure 3), on constate également l'importance de la valeur physique perçue comme un élément fondamental de l'estime de soi. (79)

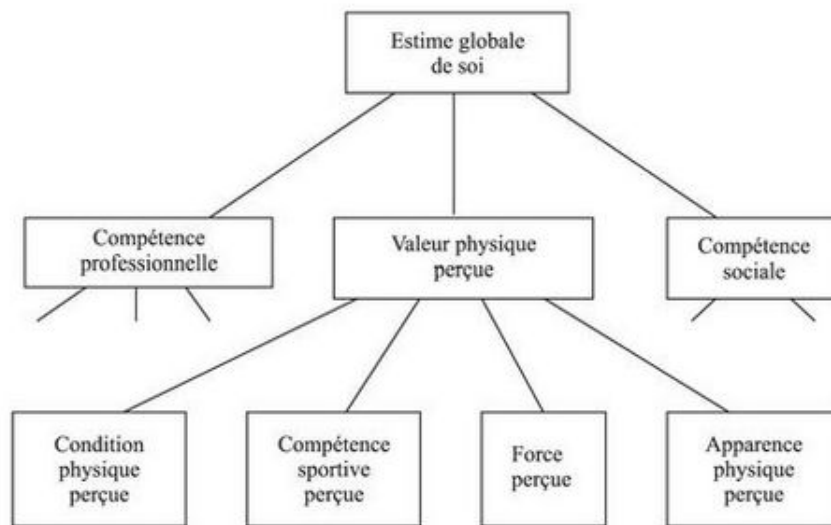


Figure 4 : Le modèle hiérarchique de Fox et Corbin

Cependant et d'après ce dernier modèle, les différentes dimensions constitutives de l'estime de soi n'ont pas la même importance subjective pour un sujet donné. La valeur physique pourra être très importante pour un sujet, alors qu'un autre attachera plus d'intérêt à la compétence

professionnelle ou à la compétence sociale. On admet que certains individus peuvent trouver leur épanouissement dans leur compétence professionnelle.

Pourquoi certaines motivations ne perdurent pas dans le temps et ne permettent pas la stabilité dans un mode de vie actif ?

« C'est une salle de sport où il y a des cours. Donc au début quand j'en faisais c'était en complément des autres activités sportives que je faisais c'est à dire du vélo, de la musculation. Tout ça voilà et c'était à but pour maigrir. Au final c'était pour allier un peu la passion de la danse que j'avais et le fait que je voulais maigrir. Sauf qu'entre temps il y a eu des choses dans ma vie qui ont fait que petit à petit j'ai arrêté le sport. Voilà en fait j'ai eu un problème de santé qui m'a fait prendre beaucoup de poids et j'arrivais plus à perdre le poids que j'avais pris du coup ça m'a démoralisé. Mais j'ai quand même continué à aller à la danse parce que ça me plaisait. »

Lorsque l'on s'intéresse aux motivations à la pratique d'une AP chez un individu, on peut les catégoriser en 2 types de motivations : les motivations intrinsèques et extrinsèques (80). La motivation intrinsèque est liée aux bénéfices que le sujet pourra tirer directement de son activité : renforcement du sentiment de compétence et d'autodétermination, recherche des contacts sociaux et la recherche hédonique de sensations. Les motivations intrinsèques sont donc celles décrites un peu plus haut dans ce propos. La motivation extrinsèque quant à elle renvoie à l'ensemble des récompenses et sanctions ajoutées (salaires, approbations verbales, notes...).

Avec ces deux types de motivations, on retrouve également dans la littérature la motivation d'accomplissement lors de la pratique d'une AP (80). Celle-ci répond au besoin de compétence de l'individu, qui par l'AP prouvera ses habiletés. Ce besoin de compétence se retrouve dans la pyramide de Maslow et dans le modèle hiérarchique de Fox et Corbin. Deux orientations motivationnelles permettent de répondre à ce besoin de compétence :

- La compétence exo-référencée : le sujet investit sur l'ego, il s'estime compétent dans la mesure où il a réalisé une meilleure performance qu'autrui. Il utilise donc un processus de comparaison sociale, **les buts poursuivis sont compétitifs**. Ces sujets vont peu ou pas persister dans leurs efforts en cas d'échec car la défaite affecte le sentiment de compétence du sujet.

- La compétence endo-référencée : le sujet investit sur la tâche, il s'estime compétent selon des critères de progrès et de maîtrise personnels. Il cherche à atteindre des standards de performance indépendants des performances d'autrui. **Les buts poursuivis sont de la maîtrise.**

Ces sujets au contraire, ont tendance à regarder les erreurs et les échecs comme une composante naturelle de l'acquisition des habiletés : ils apprennent à partir de leurs erreurs, qui ne devraient donc pas affecter leur persistance dans l'effort.

De plus, certaines études suggèrent que le plaisir lors de la pratique d'une activité physique dépend des buts poursuivis décrits ci-dessus. Une recherche de terrain a montré que des sportifs qui étaient incités à opter pour des buts de maîtrise présentaient une satisfaction plus élevée vis-à-vis de leur pratique, mais également un sentiment de compétence plus élevé, une meilleure confiance en eux, un niveau d'anxiété plus bas, une meilleure concentration.

Pour conclure ce propos, l'AP ne représente pas un domaine nécessaire ou suffisant pour développer l'estime de soi d'un individu. En effet le développement de la compétence professionnelle d'un individu peut lui permettre et lui suffire à avoir une bonne estime de lui. Il existe deux types de motivations à l'AP : les motivations intrinsèques répondant aux développements des besoins fondamentaux, et la motivation extrinsèque. La motivation extrinsèque (salaire, approbation verbale) isolée n'est parfois pas suffisante pour le maintien de la pratique d'une AP.

La motivation d'accomplissement répond aux besoins de compétence de l'individu. Lorsque cette motivation est exo-référencée, l'échec impactera la persistance dans la pratique de l'AP. Lorsque cette motivation est endo-référencée, les échecs seront perçus comme un processus normal de l'apprentissage.

4.3.8 Place du médecin traitant dans la prévention et l'éducation à la santé : désuète ou d'actualité ?

Dans nos résultats, nous avons retrouvé que le rôle de prévention du médecin n'était pas une évidence pour tous les patients. Il s'agit pourtant d'un pré requis nécessaire avant de débiter une démarche de prévention avec un patient afin que celle ci soit bien reçue. Si l'on superpose ce résultat au déficit actuel de médecins généralistes, parfois responsable d'une surcharge de travail qui pousse à prioriser les consultations (les curatives étant plus urgentes), il

est légitime de se poser la question de la **place de médecin traitant dans la prévention : désuète ou toujours d'actualité ?**

« I - vous verriez un intérêt à le faire (parler de prévention) ? P11 - non pas forcément. Tout se passe bien. Si j'avais un problème, oui on en parlerait. I - Ne serait ce que pour avoir des informations ? P11 - non ».

La prévention fait partie de la feuille de poste du médecin généraliste, comme l'illustrent les exemples suivants.

La WONCA EUROPE (Société Européenne de médecines générale - médecine de famille) propose en 2002 une définition du rôle et des compétences fondamentales du médecin traitant (81): « La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. » Elle favorise notamment « la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace ».

« Parlez-en avec votre médecin ! » On peut lire et entendre cette formule connue de tous dans de nombreux messages de prévention à l'attention du grand public. Le médecin y est l'intervenant incontournable des actions de prévention. En effet, il est décrit comme celui qui connaît le mieux son patient et son contexte de vie. Cela lui permet d'identifier les éventuels comportements à risques et lui donne une place centrale pour l'éducation à la santé.

Une étude relève deux caractéristiques de la médecine générale qui sont propres à l'éducation pour la santé (82). La première est *«la place centrale qu'y occupe le patient. Ce dernier, avec l'ensemble des facteurs qui lui sont propres est en effet au cœur de la démarche et de la relation médecin-patient. L'approche globale du patient constitue ainsi un point fort de la médecine générale comme de l'éducation pour la santé du patient»*. Une seconde caractéristique de la médecine générale est *«qu'elle inscrit son action dans le long terme. Le médecin suit ses patients sur plusieurs années, ce qui lui donne maints atouts en matière d'éducation pour la santé»*.

Mais qu'en est il en réalité ?

Nous avons trouvé une enquête dont l'objectif était de **décrire l'activité de prévention** en médecine générale en région Rhône-Alpes, réalisée en 2000 auprès de 80 médecins (83). Elle rapporte les résultats suivants :

- Le sentiment d'efficacité du médecin généraliste en matière de prévention varie selon le domaine d'intervention, allant de 93,3% concernant la vaccination à 50% dans le domaine des

addictions. Ce sentiment d'efficacité était discordant par rapport à l'efficacité objective (mesurée à l'aide d'un score dans chaque domaine) qui était bien inférieure.

- Un médecin sur quatre se dit satisfait du rôle qu'il joue en matière de prévention.

L'insatisfaction est expliquée par le manque de temps (58,6 %), une rémunération inadaptée (63,4 %) et d'une formation insuffisante (27,9 %).

- La fraction du temps passé en moyenne à la prévention est de 21,9 % de l'activité du médecin généraliste. En ce qui concerne plus précisément l'AP, des conseils d'hygiène de vie (exercice physique, sommeil) sont donnés aux patients une fois sur trois.

Une autre étude identifie trois **profils de médecins généralistes** : les médecins pour qui la prévention relève de la réalisation d'actes médico-techniques (approche bio-médicale), ceux pour qui la prévention repose sur une relation de confiance soignant-soigné où la prévention fait partie intégrante de la dimension curative de leurs pratiques, tout en la complétant (il s'agit de profiter de l'opportunité d'une consultation pour un symptôme pour prodiguer conseils et informations sur le mode de vie) et, enfin, il y a les praticiens qui accordent plus d'importance à la prévention qu'au curatif (82). L'enquête précédente rapporte que la moitié des médecins généralistes abordent systématiquement la question de la prévention et que l'autre moitié l'aborde seulement si la demande est faite par le patient ou l'entourage (83).

L'inertie clinique des médecins désigne le décalage fréquemment observé, entre les recommandations de bonne pratique clinique et la décision médicale d'un traitement médicamenteux pour un patient particulier dans une situation donnée. Trois catégories de facteurs pouvant conduire au risque d'inertie clinique sont généralement rapportées dans la littérature : des facteurs liés aux dispensateurs de soins (50 %), aux patients (30 %), ou au système de soins (20 %). Une étude qualitative, portant sur les représentations des médecins à l'égard du risque d'inertie, montrait que les médecins rencontrés reconnaissent bien le risque d'inertie clinique dans leur pratique. Ils identifiaient de possibles risques d'inertie clinique en lien avec un manque d'investigation diagnostique et, surtout, en lien avec des déficits de prévention de la maladie, de promotion de la santé et de soutien psychosocial. (82)

Les résistances à une pratique de prévention évoquées par les médecins dans un autre étude sont classées en 3 catégories, que nous détaillerons ensuite : les résistances liées au savoir, les résistances d'ordre organisationnel ou celles concernant la relation soignant-soigné (84). On retrouve bien ici les causes de l'insatisfaction de la première enquête.

Les ***résistances liées au savoir*** regroupent le manque de formation pré et post universitaire, les doutes quant au bénéfice de l'intervention et le manque de consensus. Une des pistes pour contrer cette résistance est de se doter d'outils, permettant de structurer l'approche et de bénéficier de rappels automatiques des échéances. Le dossier informatisé en est évidemment une des clés. En Belgique, il existe un dossier informatisé, géré par le médecin généraliste, qui centralise toutes les données médicales du patient. A ce dossier, on peut ajouter le DMG+ (dossier médical généralisé +) qui est un volet consacré à la prévention. Il s'agit d'une sorte de «check list» que le médecin généraliste et le patient peuvent parcourir systématiquement. En ouvrant ce dossier, le médecin s'engage à aborder avec son patient les différents items de prévention, sur une période de 3 ans, en laissant libre le rythme et la séquence (85).

Les ***résistances d'ordre organisationnel*** regroupent le manque de temps, la surcharge administrative, la rémunération inappropriée et le manque de reconnaissance. Ici une des pistes c'est de s'appuyer sur des associations de patients qui disposent de plus de temps pour une éducation thérapeutique de qualité. L'autre piste étant l'organisation via le système de santé de consultations dédiées à la prévention.

Les ***résistances concernant la relation soignant-soigné*** regroupent l'absence de demande et/ou d'intérêt du patient, la difficulté à aborder le sujet et le souhait de ne pas s'immiscer dans la vie privée du patient.

L'absence de demande ou d'intérêt du patient est spécifique de la médecine préventive car elle s'adresse principalement à des personnes asymptomatiques alors que la médecine curative intéresse des individus malades, donc a priori «demandeurs». C'est l'un des aspects que nous avons mis en évidence dans notre travail : en effet certains patients ne voyaient pas l'intérêt d'aborder la question avec leur médecin et n'y voyaient aucun bénéfice à retirer. Les campagnes médiatiques de sensibilisation ainsi que les lettres d'invitation peuvent sensibiliser au rôle du médecin traitant et légitimer son action.

Certains critères sont à prendre en compte pour une meilleure efficacité du message (le choix du moment, la formulation du message et l'implication du patient) et font partie intégrante de la relation centrée patient abordée plus haut :

- Les messages de prévention ont plus de chance d'être assimilés s'ils répondent à une préoccupation du patient au moment où ils sont diffusés. Face à différents thèmes de prévention, le patient sera plus réceptif si celui-ci le questionne directement (ce n'est peut-être pas arrêter de fumer qui le préoccupe maintenant malgré sa bronchite, mais plutôt une crainte du cancer du sein parce que son entourage est concerné). Il paraît opportun de partir des souhaits des

patients, de leurs questionnements pour que les messages de prévention atteignent leur objectif. Cela nécessite de respecter le rythme du patient et de savoir à quel moment intervenir.

- Certains messages de prévention peuvent être perçus comme culpabilisants. Le patient peut alors ressentir les messages de prévention comme intrusifs et refuser de donner des informations ou minimiser ses comportements. Un dialogue, un échange, une valorisation des comportements positifs déjà mis en œuvre, sans uniquement pointer les risques d'une absence de changement, favorisent une meilleure appréhension des messages de prévention. Notre patiente P6 nous parlait d'un délit de faciès : « *Souvent on me colle l'étiquette. Parce que je suis en surpoids : "il faut faire de l'activité physique", "il faut manger équilibré", il faut faire ceci cela donc oui. Tous les médecins me le disent. (...) Quand on me le dit ça me soule en fait !* »

- Le patient est demandeur d'une information exprimée dans un langage compréhensible et adaptée à sa situation. Bien informer, c'est personnaliser son message en fonction de la personne que l'on a face à soi. C'est également partir de ce que le patient connaît déjà, vérifier ses représentations et éventuellement les rectifier et s'assurer de la bonne compréhension et interprétation du message. Il s'agit également de ne pas sous-estimer la capacité de compréhension du patient.

- Les peurs des patients sont également des freins à la participation aux actions de prévention : peur du diagnostic, peur du traitement, peur du coût du traitement, peur du regard de l'entourage... Ces craintes sont parfois dues à des représentations erronées qu'il faut cerner grâce au dialogue. La formation des médecins traitants à l'entretien motivationnel pourrait être un outil permettant d'aider les patients à adopter des comportements bénéfiques pour leur santé.

- Dans le cadre de la mise en place d'activités de prévention et d'éducation à la santé, outre les bénéfices reconnus, certains auteurs font état d'une relation soignant-soigné différente, fondée sur la participation active du patient, le partenariat et la reconnaissance de l'un et l'autre. La prévention améliorerait donc cette relation (84).

Alors le rôle du médecin traitant dans la prévention : désuète ou d'actualité ?
Même s'il existe des résistances indéniables du médecin et du patient, il existe de nombreuses pistes pour passer au-delà notamment de la résistance du médecin mais cela ne pourra pas se faire sans l'aide, le soutien et la collaboration des politiques de santé, qui doivent d'autant plus faciliter la démarche prévention que la pénurie médicale la freine.

5. Conclusion

La pratique d'AP est au carrefour de 3 influences : la représentation de la définition et des effets de l'AP par le sujet, l'environnement physique et social de l'individu et le système de soin qui inclut la prévention de masse et la prévention ciblée par le médecin traitant.

D'après les attentes formulées par nos sujets, le médecin généraliste en s'appuyant sur une approche centrée patient, dispose de 3 leviers.

Il a une place dans l'éducation des patients : l'accent doit être mis sur la qualité de l'effort attendu et pas seulement sur la quantité mais aussi mettre le plaisir ressenti au coeur de la pratique de l'AP, particulièrement chez l'enfant. Il a un rôle d'incitation : promouvoir les déplacements actifs comme une des réponses possible à l'allégation fréquente de manque de temps ou bien mettre en avant les bienfaits de l'AP en respectant le rythme du patient. L'avancée dans l'âge peut offrir de nouvelles opportunités de prévention. Et enfin un rôle de soutien : à travers l'entretien motivationnel et le renforcement de l'estime de soi, il est essentiel dans le maintien de la pratique.

Au vu de ces conclusions, il paraît nécessaire de :

- 1) Revoir la manière d'éduquer les enfants à l'activité physique : l'objectif doit être le plaisir ressenti lors de l'activité ; la confiance et l'estime de soi doivent être renforcées dès le plus jeune âge.
- 2) Développer les moyens d'accès à la pratique d'AP et renforcer les dispositifs publics et associatifs existants.
- 3) Faire évoluer les stratégies de communication auprès du grand public : privilégier une communication bienveillante et centrée sur les bienfaits immédiats de l'activité physique, faire des « pratiquants ordinaires » les nouveaux ambassadeurs de l'activité physique et sportive et sensibiliser au rôle de prévention du médecin généraliste.

- 4) Développer une stratégie de formation des médecins généralistes à la prévention notamment sur l'AP :
- Créer **une place** dédiée à la prévention via des consultations de prévention en médecine générale encadrées par le système de soin avec des cotations spécifiques. Proposer des formations pour la démocratisation de ces consultations dédiées.
 - Créer ou promouvoir des supports avec un **contenu** exhaustif pour le suivi des différents profils de patients (à l'image du DMG+).
 - Donner des **outils et moyens d'action** aux médecins pour accompagner les changements de mode de vie, via la pratique plus généralisée de l'entretien motivationnel par exemple.

6. Bibliographie

1. Rieu M. La santé par le sport : une longue histoire médicale. Rev Pour L'histoire CNRS. 30 nov 2010;(26):30-5.
2. Favier-Ambrosini B. Socio-histoire du lien entre activité physique et santé de 1960 à 1980. Sante Publique (Bucur). 22 juin 2016;S1(HS):13-24.
3. Praznocy C, Lambert C, Pascal C. État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France édition 2017. :130.
4. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet Lond Engl. 21 juill 2012;380(9838):219-29.
5. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. Lancet Lond Engl. 24 sept 2016;388(10051):1311-24.
6. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Activité physique : Contextes et effets sur la santé. 2008 p. 147.
7. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep Wash DC 1974. avr 1985;100(2):126-31.
8. ANSES. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité [Internet]. Avis de l'ANSES; 2016 févr.
9. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes [Internet].
10. Rezende LFM, Sá TH, Mielke GI et al. All-Cause Mortality Attributable to Sitting Time: Analysis of 54 Countries Worldwide. Am J Prev Med. 2016;51(2):253-63.
11. Chau JY, Grunseit AC, Chey T et al. Daily sitting time and all-cause mortality: a meta-analysis. PloS One. 2013;8(11):e80000.
12. Larras B. État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France - mise à jour. onaps; 2017 p. 32.
13. Constitution de l'organisation mondiale de la santé [Internet].
14. Bouchard C. Physical activity and health: introduction to the dose-response symposium. Med Sci Sports Exerc 2001; 33 (6 Suppl): S347-S350.
15. Andersen LB, Schnohr P, Schroll M et al. All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. Arch Intern Med 2000;160(11):1621-8.
16. Baumann A. Updating the evidence that physical activity is good for health : an epidemiological review 2000-2003, J Sci Med Sport 2004, 7(1) Suppl 6-19.
17. Lee IM, Skerrett PJ. Physical activity and all-cause mortality: what is the dose-response relation? Med Sci Sports Exerc 2001;33(6 Suppl):S459-71; discussion S493-454.
18. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001 ; 344 : 1343-50.
19. Knowler WC, Barrett-connor E, Fowler SE et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin 14. N Engl J Med 2002 ; 346 : 393-403.
20. Pan XR, Li GW, Hu YH et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Quing IGT and Diabetes Study. Diabetes

Care 1997 ; 20 : 537-44.

21. The Look AHEAD Study: A Description of the Lifestyle Intervention and the Evidence Supporting It. *Obes Silver Spring Md.* mai 2006;14(5):737-52.
22. Erlichman J, Kerbey AL, James WPT. Physical activity and its impact on health outcomes. Paper 2: prevention of unhealthy weight gain and obesity by physical activity: an analysis of the evidence. *Obes Rev* 2002;3:273-87.
23. Etude Hambrecht et al. Et ETICA.
24. La prévention cardiovasculaire, Ambrosi P.
25. Li TY, Rana JS, Manson JE et al. Obesity as compared with physical activity in predicting risk of coronary heart disease in women. *Circulation* 2006 ; 113 : 499-506.
26. Friedenreich CM, Orenstein MR. Physical activity and cancer prevention : etiologic evidence and biological mechanisms. *J Nutr* 2002 ; 132 : 3456S-64S.
27. Friedenreich C, Norat T, Steindorf K et al. Physical activity and risk of colon and rectal cancers : the european prospective investigation into cancer and nutrition. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006 ; 15 : 2398-400.
28. Lane NE, Oehlert JW, Bloch DA, et al. The relationship of running to osteoarthritis of the knee and hip and bone mineral density of the lumbar spine: a 9 year longitudinal study. *J Rheumatol.* févr 1998;25(2):334-41.
29. Boudenot A. Caractérisation de l'os sous chondral : du traumatisme du genou à la gonarthrose. Etude chez l'homme et dans un modèle expérimental. Effets de l'activité physique. Orléans; 2013.
30. Activité physique et maladie d'Alzheimer | SpringerLink [Internet].
31. Krajnc Z, Vogrin M, Recnik G et al. Increased risk of knee injuries and osteoarthritis in the non-dominant leg of former professional football players. *Wiener klinische Wochenschrift* 2010;122 Suppl 2:40-43.
32. Elleuch MH, Guerhazi M, Mezghanni M et al. Knee osteoarthritis in 50 former top-level soccer players: a comparative study. *Ann Readapt Med Phys* 2008;51:174-178.
33. Organisation mondiale de la santé. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé [Internet]. OMS; 2010.
34. ENNS : étude nationale nutrition santé [Internet]. [cité 8 janv 2020].
35. Lafay L. Étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 2. agence française sécurité sanitaire des aliments; 2009 sept.
36. Escalon H, Bossard C, Beck F et al. Baromètre santé nutrition 2008. :34.
37. Lefevre B, Thiery P. Enquête sur les pratiques physiques et sportives en France. 2010 déc.
38. Enquête nationale transports et déplacements (ENTD) 2008 | Données et études statistiques [Internet].
39. Commission européenne. Eurobaromètre sur le sport et l'activité physique [Internet].
40. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF et al. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet Lond Engl.* 21 juill 2012;380(9838):258-71.
41. Rivera MA, Pérusse L, Simoneau JA et al. Linkage between a muscle-specific CK gene marker and $\dot{V}O_2(\text{max})$ in the HERITAGE family study. *Med Sci Sports Exerc.* 11 mai 1999;31(5):698-701.
42. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
43. Haute Autorité de Santé. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. HAS; 2008 sept.

44. Marshall AL, Miller YD, Burton NW et al. Measuring total and domain-specific sitting: a study of reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2010;42(6):1094-102.
45. European Society of Cardiology, European Association for the Study of Diabetes, European Atherosclerosis Society, et al. 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The sixth joint task force of the European Society of Cardiology and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in clinical practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2016;37(29):2315-81.
46. Rollnick S, R.Miller W, C.Butler C. *Pratique de l'entretien motivationnel. Communiquer avec le patient en consultation*. InterEditions. 2009. 247 p.
47. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51(3):390-5.
48. Ogilvie D, Foster CE, Rothnie H et al. Interventions to promote walking: systematic review. *BMJ*. 9 juin 2007;334(7605):1204.
49. Netgen. Promotion de l'activité physique au cabinet médical : où en sommes-nous en Suisse ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse*.
50. Warburton DER, Jamnik VK, Bredin SSD et al. The 2017 Physical Activity Readiness Questionnaire for everyone (PAR-Q+) and electronic Physical Activity Readiness medical examination (ePARmed- X+). *Health Fit J Can* 2017;10(1).
51. Ministère chargé des sports. Questionnaire de santé pour le renouvellement d'une licence sportive [Internet].
52. Instruction interministerielle N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. mars 3, 2017.
53. Interventions for promoting physical activity. - Abstract - Europe PMC [Internet].
54. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer*.
55. Vol S, Gusto G, Bedouet M et al. P14 Évaluation de l'activité physique avec le logiciel AQAP (Auto-Questionnaire d'Activité Physique). *Diabetes Metab*. 1 mars 2010;36:A43.
56. OMS | Effets sur la santé de la pollution de l'air en milieu urbain [Internet]. WHO.
57. Pretty j, peacock j, sellens M et al. The mental and physical health outcomes of green exercise. *International Journal of Environmental Health Research* 2005, 15 : 319-337.
58. Comité national des espaces, sites et itinéraires pour les sports de nature. rapport au ministre des sports portant sur le bilan et les perspectives de développement des sports de nature. conseil national des activités physiques et sportives (CNAPS); 2002.
59. Citizenship SA. Protection de l'environnement : le sport peut mieux faire [Internet]. Club de Mediapart.
60. Sport: helping children enjoy it more [Internet]. Raising Children Network.
61. L'enfant qui n'aime pas le sport [Internet]. <https://naitreetgrandir.com>
62. Kino-Québec, Comité scientifique, Lemieux M, Thibault G. *L'activité physique, le sport et les jeunes: avis*. 2011.
63. Telama R. Tracking of Physical Activity from Childhood to Adulthood: A Review. *Obes Facts*. juill 2009;2(3):187-95.
64. Telama R, Yang X, Viikari J, et al. Physical activity from childhood to adulthood: a 21-year tracking study. *Am J Prev Med*. avr 2005;28(3):267-73.

65. Taylor WC, Blair SN, Cummings SS et al. Childhood and adolescent physical activity patterns and adult physical activity. *Med Sci Sports Exerc.* janv 1999;31(1):118-23.
66. Lefebvre des Noettes V, Le Bivic C. Vieillir : entre peur de vivre et peur de mourir. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 juin 2014;14(81):157-62.
67. Jarthon J-M, Durand C. Faire du fitness pour ne pas vieillir ou pour bien vieillir et rester femme. *Staps.* 16 oct 2015;n° 107(1):45-61.
68. Baril G, Paquette M-C, Laguë J, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés. *Les normes sociales et l'alimentation: analyse des écrits scientifiques.* Montréal: Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique Québec; 2012.
69. Influence sociale — Wikipédia [Internet].
70. Boëtsch G. Le corps entre normes biologiques et normes sociales. :3.
71. Gimbert V, Nehmar K. Activité physique et pratique sportive pour toutes et tous. *Fr Strat.* :140.
72. Jochaud A, Fantoni-Quinton S. La responsabilité sociale des entreprises : définition du concept et liens avec la santé au travail. *Arch Mal Prof Environ.* 1 avr 2017;78(2):182-5.
73. Abraham Maslow, « A Theory of Human Motivation », *Psychological Review*, vol. 50, no 4, juillet 1943, p. 370-396.
74. Rosenberg M. Les mots sont des fenêtres. *La Découverte*;
75. Confiance en soi (psychologie). In: Wikipédia [Internet]. 2019
76. Dany L, Morin M. Image corporelle et estime de soi : étude auprès de lycéens français. *Bull Psychol.* 2010;Numéro 509(5):321-34.
77. Müller UP Martin. Les effets du sport sur le cerveau [Internet]. *Pourlascience.fr.*
78. Delignières D. Estime de soi et pratique sportive. *Que Sais-Je.* 2008;(2110):52-61.
79. K. H. Fox et C. B. Corbin (1989)The physical self-perception profile : Development and preliminary validation, *Journal of Sport & Exercise Psychology* , 11, 408-430.
80. Delignières D. Chapitre III. La motivation. *Que Sais-Je.* 8 mars 2017;3e éd.:22-31.
81. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
82. Rôle du médecin généraliste dans la prévention. *fédération wallonie bruxelles santé*; 2013 sept. (santé pour tous). Report No.: 11.
83. Fantino B, Fantino F, Dumont C, et al. Pratiques préventives en médecine générale en région Rhône-Alpes. *Sante Publique (Bucur).* 2004;Vol. 16(3):551-62.
84. Burton L. (2008), *L'éducation pour la santé du patient; Quelle prise en compte de l'autonomie de l'individu ? Regard sur les pratiques des médecins généralistes.* Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Licenciée en Sciences de la santé publique, orientation Promotion – Education santé, 115 pages.
85. De la prévention au DMG+ [Internet]. <https://archives.enmarche.be/>

7. Annexes

7.1 Guide d'entretien

- Contexte (lieu, date et heure) :

Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je m'appelle Kinga BATTUT/Manon LADAIQUE et je mène un travail sur les habitudes vis à vis de l'activité physique. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous nous intéressons à votre expérience et votre vécu. Je suis ici pour vous écouter et vous comprendre. Vous pouvez exprimer tout ce que vous souhaitez, il n'y aura aucun jugement.

L'entretien sera confidentiel et anonyme, nous ne garderons pas vos coordonnées.

Avez-vous bien signé la feuille de consentement et avez vous la lettre d'information ?

Avez- vous compris l'ensemble des informations données ? Avez-vous des questions avant que nous débutions ?

- Guide d'entretien :

1ere partie : Représentations personnelles vis à vis de l'activité physique

1. Question brise-glace : Racontez moi un moment où vous vous êtes senti actif physiquement. C'est quoi pour vous quelqu'un d'actif physiquement ?
2. Comment vous situez vous par rapport à l'activité physique et pourquoi ?
3. Certaines choses vous limitent elles pour pratiquer une activité physique ?
4. Pour vous, à quoi ca sert d'être actif ?

2eme partie : Les pistes d'amélioration pour le médecin traitant

5. Qu'est-ce qui vous motiverait ou vous donnerait envie de changer votre mode de vie ?
6. Racontez moi les échanges que vous avez eu avec votre médecin traitant à propos de l'activité physique ?

- Bref recueil des caractéristiques du patient :

Sexe et âge, profession, nombre d'enfants, comorbidités

- Conclusion :

Souhaiteriez-vous évoquer certains éléments de votre vécu que nous n'aurions pas abordé lors de cet entretien ? Je vous remercie de votre temps et de votre participation à cette étude.

Durée totale de l'entretien :

Premières impressions à chaud :

7.2 Fiche d'information patient

Notice d'information « Mode de vie actif : Freins en population générale et pistes d'amélioration pour le médecin traitant »

Responsables de l'étude : Dr TREGLIA Clémence (Service d'endocrinologie du Pr RACCAH, Hôpital la Conception, 147 Bd baille, 13005 Marseille) et Dr JEGO Maeva (Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Marseille, 27 Bd Jean Moulin, 13385 Marseille CEDEX 05)

Investigateurs : Mme Kinga BATTUT et Mme Manon LADAIQUE

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous avons proposé de participer à un travail de recherche intitulé : «Mode de vie actif : Freins en population générale et pistes d'amélioration pour le médecin traitant »

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation. Vous pourrez durant l'entretien vous adresser à l'investigateur pour lui poser toutes les questions complémentaires.

Objectif de la recherche

L'étude vise à explorer les déterminants vis à vis de l'activité physique en population générale.

Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous remettrons un formulaire de consentement à signer. Nous organiserons une interview en fonction de vos disponibilités, soit le jour même, soit sur RDV à un moment qui vous arrange. Cet entretien sera enregistré intégralement à l'aide d'un dictaphone, et votre discours sera ensuite retranscrit intégralement par écrit sur un fichier Word sur un ordinateur. Les entretiens seront totalement anonymes, votre nom ne sera pas prononcé pendant l'entretien. Aucun fichier permettant de relier les données recueillies à l'interviewé ne sera conservé. Les données personnelles ne seront pas collectées. Tous les éléments de l'entretien qui pourraient directement ou indirectement mener à votre identification seront effacés. Les enregistrements seront détruits une fois l'analyse réalisée. Les résultats feront l'objet d'une analyse qualitative de contenu sur le logiciel N Vivo. Des morceaux d'entretiens (phrases ou paragraphes) pourront être cités dans les documents produits suite à l'analyse de ces entretiens.

Quelles sont les contraintes et désagréments ?

L'étude présente des risques et contraintes minimales. Aucune stratégie n'est évaluée. Il s'agit de recueillir des données non recueillies dans le cadre de la prise en charge traditionnelle des individus acceptant de participer à l'étude. Aucune utilisation de ces données ne sera réalisée dans le cadre de la prise en charge ; leur utilisation n'est réalisée qu'à des fins de recherche.

Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?

Vous pouvez bien sûr refuser à tout moment de participer (maintenant, pendant ou après l'entretien) sans justification, sans conséquence sur la qualité des soins qui vous seront fournis. Vous pouvez bien sûr et sans conséquence refuser de répondre aux questions auxquelles vous n'avez pas envie de répondre.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique et aux libertés (loi N°78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 Août 2004), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'oppositions relatives au traitement de vos données personnelles. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant aux investigateurs : kinga.battut@univ-amu.fr ou manon.ladaique@univ-amu.fr

Dans ce cas, il vous faudra rappeler ce code, à conserver avec cette lettre :

_____ (code unique)

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Cette recherche relève de l'application du Code de la Santé Publique (Titre II du Livre Premier relatif aux recherches biomédicales) . Ces informations sont consultables sur le site Internet de Legifrance (www.legifrance.gouv.fr)

Cette étude est réalisée sous la direction du Dr TREGLIA Clémence et du Dr JEGO Maeva.

Cette étude est réalisée dans le cadre d'une thèse d'exercice de Médecine Générale, par le Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Marseille, 27 Bd Jean Moulin, 13385 CEDEX 05.

Nous nous tenons à votre disposition si vous souhaitez obtenir plus d'informations.

Nous vous remercions par avance du temps de vous voudrez bien consacrer à cette recherche.

7.3 Demande Comité d'éthique (CE)



Comité d'éthique de l'université d'Aix-Marseille

Objet : Avis du Comité d'éthique.
N/Réf dossier : 2019-04-07-001
Dossier suivi par : DRV-Audrey Janssens

Pièce(s) jointe(s) : 1 document

Marseille, le vendredi 12 juillet 2019

Le projet de recherche présenté par l'investigateur principal, Docteur JEGO-SABLIER Mae va, CCU-MG à Aix-Marseille Université Département de médecine générale et l'investigateur secondaire, LADAIQUE Manon, Interne en médecine générale, intitulé «**Mode de vie actif : freins en population générale et pistes d'amélioration pour le médecin généraliste.**» a été soumis pour avis au Comité d'éthique en sa séance du jeudi 4 juillet 2019.

Après audition des rapporteurs le comité a jugé que le projet ne pose pas de problème éthique ou réglementaire.

Le Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille émet donc un avis favorable.

Le Président du Comité d'éthique

Pierre-Jean Weiller

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Weiller', with a horizontal line underneath.

8. Abréviations

AIT : Accident ischémique transitoire

ANSES : Agence française de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

AOMI : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

AP : Activité physique

APA : Activité physique adaptée

APS : Activité physique et sportive

ALD : Affection longue durée

AVC : Accident vasculaire cérébral

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

COP 21 : 21eme Conférence des parties

CSP : Code de la santé publique

DGS : Direction générale de la Santé

DMG + : Dossier médical généralisé plus

DT2 : Diabète de type 2

ECG : Electrocardiogramme

EE : Epreuve d'effort

HAS : Haute autorité de santé

HSPT : Hôpital santé patient territoire

HTA : Hypertension artérielle

I : Investigateur

IDM : Infarctus du myocarde

IMC : Indice de masse corporelle

INCA : Étude Individuelle nationale des consommations alimentaires

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

LFA : Limitations fonctionnelles ou d'activité

MET : Equivalent métabolique

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONAPS : Observatoire national de l'AP et de la sédentarité

P 1 : Personne interviewée n°1

SCA : Syndrome coronaire aigu

SCORE : Systematic Coronary Risk Estimation

TTM : Modèle transthéorique de changement de comportements

VO2 max : Consommation ou volume maximal d'oxygène

WONCA : Organisation mondiale des médecins généralistes

9. Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Niveau de risque cardiovasculaire

Figure 1 : Les 5 stades de motivation

Tableau 2 : Les contre indications à l'activité physique

Tableau 3 : Tableau des caractéristiques sociodémographiques des patients

Figure 2 : Influences sur la pratique d'activité physique

Figure 3 : La pyramide de Maslow

Figure 4 : Le modèle hiérarchique de Fox et Corbin

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

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

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

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

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

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

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

RESUME :

Introduction : Les effets bénéfiques de l'activité physique (AP) tant sur la santé physique que mentale d'un individu ne sont plus à prouver, tout comme les effets délétères de l'inactivité physique et de la sédentarité. Pourtant un tiers des français ont une activité physique insuffisante au regard des recommandations. L'objectif principal de l'étude était d'identifier les freins et les motivations de la population générale, à la pratique de l'activité physique. L'objectif secondaire était de comprendre, à travers les attentes du patient, quel serait le rôle du médecin généraliste dans la promotion de l'activité physique.

Matériel et méthode : Étude qualitative réalisée à partir de 14 entretiens semi dirigés, auprès de sujets issus de la population générale, à Marseille et dans ses environs, de mai à décembre 2019. Ces entretiens exploraient la représentation et le ressenti de l'activité physique, les freins et les motivations à la pratique d'une activité physique et les attentes des patients envers leur médecin sur ce sujet. Ils ont fait l'objet d'une analyse de contenu inductive. La triangulation de l'analyse a été permanente.

Résultats : La façon, dont les individus s'imaginent l'activité physique, à la fois **sa définition et ses effets**, correspond à leurs représentations. Une représentation erronée de la définition de l'AP peut entraîner une mauvaise perception du niveau d'AP par l'individu contribuant à une pratique insuffisante. Les représentations des effets de l'AP sont influencées au cours de la vie : l'AP vécue comme un plaisir dans l'enfance influençait positivement la pratique d'une activité physique à l'âge adulte et la conscience relative aux bienfaits sur la santé augmentait avec l'âge. Ces représentations de l'AP peuvent donner du sens à la pratique, qui devient une façon d'améliorer la confiance en soi, le bien-être, d'augmenter le sentiment d'appartenance à un groupe et d'accéder ou développer certains besoin comme la passion et le mouvement. L'environnement de l'individu à la fois **physique et social** influence la pratique de l'individu. La pratique d'une activité physique pouvait être vécue comme une injonction sociale. La troisième influence serait le système de soin : à la fois par la **prévention de masse** (politiques de santé) et par la **prévention ciblée** du médecin traitant. Cependant le rôle de prévention de ce dernier n'était pas une évidence pour tous les patients.

Conclusion : L'éducation de la population générale à l'activité physique est déterminante pour promouvoir un mode de vie actif. Il existe un certain nombre de freins et de leviers à la pratique de l'activité physique sur lequel le médecin peut agir. Il s'agit d'aider et d'accompagner le patient notamment via l'entretien motivationnel à changer son regard sur l'activité physique, et à désacraliser le « sport-compétition » pour une approche plus libre et personnalisée de « sport bien-être ».

Mots-clés : Activité physique, Sport, Sédentarité, Médecin généraliste, Prévention, Motivation, Frein, Mode de vie, Règles hygiéno-diététiques, Etude qualitative.