



HAL
open science

Prévalence de la sédentarité et de l'inactivité physique en médecine générale : étude de pratique à la MSPUGA

Nelsie Pierron

► **To cite this version:**

Nelsie Pierron. Prévalence de la sédentarité et de l'inactivité physique en médecine générale : étude de pratique à la MSPUGA. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03885515

HAL Id: dumas-03885515

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03885515v1>

Submitted on 5 Dec 2022

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2022

**PRÉVALENCE DE LA SÉDENTARITÉ ET DE L'INACTIVITÉ PHYSIQUE EN MÉDECINE
GÉNÉRALE : ÉTUDE DE PRATIQUE À LA MSPUGA**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par Mme Nelsie PIERRON

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 15/11/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT

Membres :

M. le Dr Thierry CHEVALIER (directeur de thèse)

M. le Pr Christophe PISON

M. le Pr Guillaume ROYER DE VÉRICOURT

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDÉS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALLIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEO Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAIN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOU Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUËLLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LÉTOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LÉVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAÎTRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIÈRES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VÉRICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Med.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)

Résumé

Introduction : Les maladies chroniques non transmissibles sont la principale cause de décès en France. La sédentarité et l'inactivité physique représentent des facteurs de risque de maladie chronique. Cette étude de pratique vise à analyser le repérage des patients sédentaires ou inactifs physiquement par la MSPUGA, une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire située en périphérie de Grenoble. *Matériel et méthode* : La MSPUGA a proposé à ses patients d'évaluer leur niveau d'activité physique et de sédentarité, en répondant au questionnaire ONAPS PAQ. Notre étude analyse les données recueillies sur la période de mars à juillet 2022, afin de calculer la prévalence des individus présentant un niveau de sédentarité élevé ou un niveau d'activité physique insuffisant. *Résultats* : 29 patients ont été inclus. 55.2 % des patients présentaient un niveau d'activité physique faible ou un niveau de sédentarité élevé, et il n'existait pas de différence significative entre les tranches d'âge ou entre les sexes. *Conclusion* : Il existe une part notable de notre échantillon qui présente au moins un des deux facteurs de risque de morbi-mortalité que sont l'inactivité physique et la sédentarité. Il apparaît donc essentiel de travailler sur des moyens de diminuer le temps sédentaire et d'augmenter l'activité physique.

Titre en anglais

Prevalence of physical inactivity and sedentary behaviours among the patients of the medical center MSPUGA : a retrospective study.

Résumé en anglais

Introduction : Noncommunicable diseases are accountable for most of the deaths in France. Sedentary behavior and inactivity are both risk factors of noncommunicable diseases. This study aimed to evaluate the fact that the general practitioners of MSPUGA offer their patients the possibility to assess their level of physical activity and sedentary behaviors. *Methods* : It was assessed by the ONAPS-PAQ questionnaire. We studied the results of the questionnaire answered from March to July 2022, to calculate the prevalence of patients that have whether a high level of sedentarity or a low level of physical activity. *Results*: 29 patients were included. 55.2 % of the patients were highly sedentary or had a low physical activity level. There was no significant difference between ages or sexes. *Conclusion* : A large part of our sample had either one of the risk factors or both of them. That implies that we should look for efficient ways to decrease the sedentary behaviors and increase the physical activity among the general population.

Remerciements

Aux membres du Jury :

A Monsieur le Professeur Patrick IMBERT, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse.

A Monsieur le Professeur Christophe PISON, et Monsieur le Professeur Guillaume ROYER DE VERICOURT, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Thierry CHEVALIER, je te remercie de m'avoir guidée durant tout ce travail.

A mes parents, merci à vous deux pour votre amour et votre soutien constants, je vous suis infiniment reconnaissante pour tout ce que vous m'avez apporté.

A Franklin, pour ta présence et pour tous les beaux moments que nous avons partagé.

A Papi et Mamie, pour tous les séjours passés en famille à Brioude et à Cavalaire, qui sont des souvenirs si chers à mes yeux. Merci aussi de m'avoir transmis votre amour de la nature et de la montagne, à l'occasion des nombreuses balades faites ensemble.

A Olivier et Gisèle, pour votre présence, et pour les blagues d'Olivier qui me font toujours rire.

A Salomé, Mathilde et Lou-Anne, mes amies des scouts, avec lesquelles j'ai grandi et partagé de nombreux camps d'été, voyages et jeux de société.

A Pauline, mon amie de lycée toujours présente malgré la distance, pour nos discussions animées et nos fous rires.

A Clara, Noémie, Mégane, Mathilde, Camille, Clémentine, mes amies de l'externat, qui partagent ma passion pour la médecine, avec qui je peux aussi bien me questionner sur notre société que « rigoler ».

A Julie et Aline, et à notre amitié née au milieu du service de Gériatrie, qui m'est très précieuse aujourd'hui.

A Marie et William, May, Morgane, Mathias, Claire et tous ceux qui m'ont accompagnée pendant mes années d'internats et avec qui je partage de très beaux souvenirs.

A tous les médecins et soignants, que j'ai rencontré dans mon cursus et qui ont tous contribué à ma formation humaine et médicale.

Et enfin et surtout à **Simon**, merci pour ton amour de tous les jours.

Table des matières

Résumé.....	7
Titre en anglais.....	8
Résumé en anglais	9
Liste des abréviations	12
I. Introduction.....	13
II. Méthodes.....	16
III. Résultats.....	18
IV. Discussion.....	24
V. Conclusion	29
Bibliographie	32
Annexes.....	36

Liste des abréviations

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

ASALEE : Actions de santé libérale en équipe

GPAQ : Global physical activity questionnaire

INCA : étude individuelle nationale des consommations alimentaires

MAQ : Modifiable activity questionnaire

MET : Metabolic equivalent of task

MSPUGA : Maison de santé pluriprofessionnelle UGA

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONAPS-PAQ : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité – physical activity questionnaire

RPAQ : Recent physical activity questionnaire

I. Introduction

En France, les maladies chroniques non transmissibles représentent 88 % des causes de décès (1).

L'inactivité physique figure parmi les dix principaux facteurs de risque de maladies chroniques en France, de même que le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, et la mauvaise alimentation (2).

L'inactivité physique constitue un facteur de risque de coronaropathie, diabète de type 2, cancer du sein et cancer du côlon (3).

La sédentarité est également un facteur de risque de maladies chroniques telles que le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et les cancers, ainsi qu'un facteur de risque de mortalité globale (4).

De nombreux éléments ont été identifiés comme déterminants de la pratique (ou de l'absence de pratique) d'activité physique. Ils peuvent être individuels (génétique, psychologique), sociaux (normes culturelles, soutiens et comportements de proches), environnementaux (environnement naturel, environnement urbain), politiques (politiques nationales de santé, d'éducation, de transport) etc. (5).

L'inactivité physique est définie par une activité physique insuffisante, c'est-à-dire qui est inférieure aux recommandations. La sédentarité est définie par une dépense énergétique faible en position assise ou allongée, lors d'un état d'éveil (6).

Les recommandations actuelles de l'OMS sont de pratiquer au moins 150 minutes d'activité physique d'endurance d'intensité modérée par semaine, ou 75 minutes d'activité physique d'endurance d'intensité élevée par semaine. L'OMS explique également que les bénéfices sur la santé augmentent si la quantité d'activité physique augmente.

Il existe différents types d'activité physique que l'OMS regroupe en domaines. Les 3 principaux domaines sont les suivants : loisir, travail, transport (7).

L'impact négatif de l'inactivité physique sur la santé semble être plus important dans les pays développés par rapport aux pays en développement. En effet, si on considère les maladies fortement associées à la sédentarité (notamment coronaropathie, accident vasculaire cérébral, hypertension artérielle, diabète type 2, plusieurs types de cancers, démence) ; la proportion de ces maladies liées à l'inactivité est plus importante dans les populations des pays à plus fort revenus (8).

Dans la population française, différents types de profils de pratique d'activité physique et de sédentarité ont pu être identifiés. Il apparaît que les individus effectuant la durée d'activité physique la plus longue par semaine ont plutôt un niveau socio-économique bas ; l'activité physique effectuée est ainsi principalement représentée par l'activité physique au travail. Alors que ceux qui pratiquent le moins d'activité physique ont tendance à appartenir à un niveau socioéconomique élevé ; la majorité de leur activité physique est alors celle effectuée lors du temps de loisir (9).

L'activité physique globale est associée à une réduction de la mortalité globale et de la mortalité cardiovasculaire (10). L'activité physique de loisir semble particulièrement liée à cette réduction

de mortalité (11), alors que les données semblent plus contradictoires pour l'activité physique liée au travail (10) (12).

Repérer et prendre en charge la sédentarité et augmenter le niveau d'activité physique, avant l'apparition de maladies chroniques, paraît donc être un nouvel enjeu de santé publique.

L'objectif de ce travail est de repérer, par une analyse de pratique, les patients pratiquant une activité physique insuffisante ou sédentaires dans une population de médecine générale à la MSPUGA, et de calculer leur prévalence dans cette population.

Ce travail s'inscrit dans un projet global qui vise à repérer ces personnes à risque de maladies chroniques, afin de leur proposer un programme multidisciplinaire et participatif pour augmenter leur activité physique.

La MSPUGA est une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire créée en 2019, et située à La Tronche en périphérie de Grenoble. Elle est composée de 5 médecins généralistes exerçant une activité de consultation de médecine générale courante, d'un kinésithérapeute et d'une infirmière ASALEE. Elle affiche une vocation universitaire avec l'objectif d'être, à la fois un lieu d'accueil pour les praticiens ayant une forte implication dans la recherche en médecine générale, et un lieu où des projets de recherche en médecine ambulatoire de premiers recours peuvent s'exercer. Elle vise à s'inscrire dans le réseau national des maisons de santé universitaire afin de mener des projets de développement et de recherche à large échelle.

Pour cette étude, nous utiliserons le questionnaire ONAPS-PAQ qui est validé pour l'évaluation de l'activité physique et de la sédentarité ; il semble, en effet, réaliser une meilleure évaluation que le questionnaire GPAQ notamment concernant le niveau de sédentarité (13).

II. Méthodes

Il s'agit d'une étude de pratique portant sur l'évaluation du niveau d'activité physique et de sédentarité des patients de la MSPUGA.

Elle inclut des patients majeurs, dont le niveau d'activité physique et de sédentarité a pu être évalué, et dont le questionnaire d'évaluation figure dans le dossier médical. Les praticiens ont identifié, dans leur logiciel, les dossiers médicaux où le questionnaire d'évaluation a été renseigné.

L'étude vise à déterminer la prévalence de patients ayant un niveau d'activité physique faible et/ou un niveau de sédentarité élevé dans la population de la MSPUGA.

Lors de la période de mars à juillet 2022, deux praticiens de la MSP et l'infirmière ASALEE ont proposé à leurs patients d'évaluer leur niveau d'activité physique et de sédentarité au moyen d'un questionnaire. Une affiche était exposée en salle d'attente afin de leur proposer cette démarche et de leur expliquer les modalités. A la fin de chaque consultation, si celle-ci le permettait, les praticiens exposaient la démarche et offraient la possibilité de répondre au questionnaire. Celui-ci pouvait être complété soit à l'occasion d'une consultation dédiée, soit par le biais d'un questionnaire en ligne, soit par téléphone en étant recontacté par l'un des praticiens ou l'infirmière ASALEE.

Le questionnaire ONAPS-PAQ (Annexe 1) interroge sur les activités au travail, les habitudes de déplacements, et les activités de loisirs. Il permet de classer les patients dans 3 niveaux d'activité

physique et 3 niveaux de sédentarité (Annexe 2). Le degré d'activité physique faible ou inactivité correspond à une dépense de moins de 600METs.min par semaine ; le degré de sédentarité élevé signifie que les individus passent, en moyenne, plus de 7 heures d'éveils par jour à des activités sédentaires.

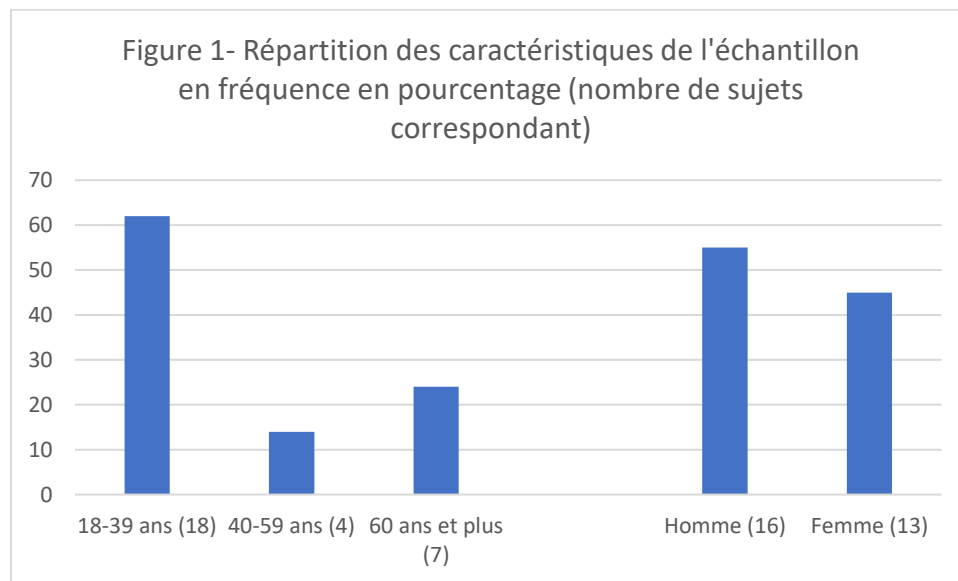
Le critère de jugement principal est, soit un niveau d'activité physique classé en « inactif », soit un niveau de sédentarité classé en « élevé », soit les deux. L'analyse principale est l'estimation de la prévalence du critère de jugement principal dans la population étudiée, à partir de l'échantillon. Les analyses secondaires permettent d'estimer s'il existe une différence de prévalence du critère de jugement principal entre les différentes tranches d'âge et entre les sexes, en utilisant le test du Chi 2 ou le test exact de Fisher selon le tableau de contingence.

Le logiciel Excel (version 2208) est utilisé pour calculer les proportions et réaliser les graphiques, logiciel Jamovi (version 2.2.5) est utilisé pour calculer l'intervalle de confiance, ainsi que pour réaliser les tests statistiques. Le risque alpha est fixé à 5 %.

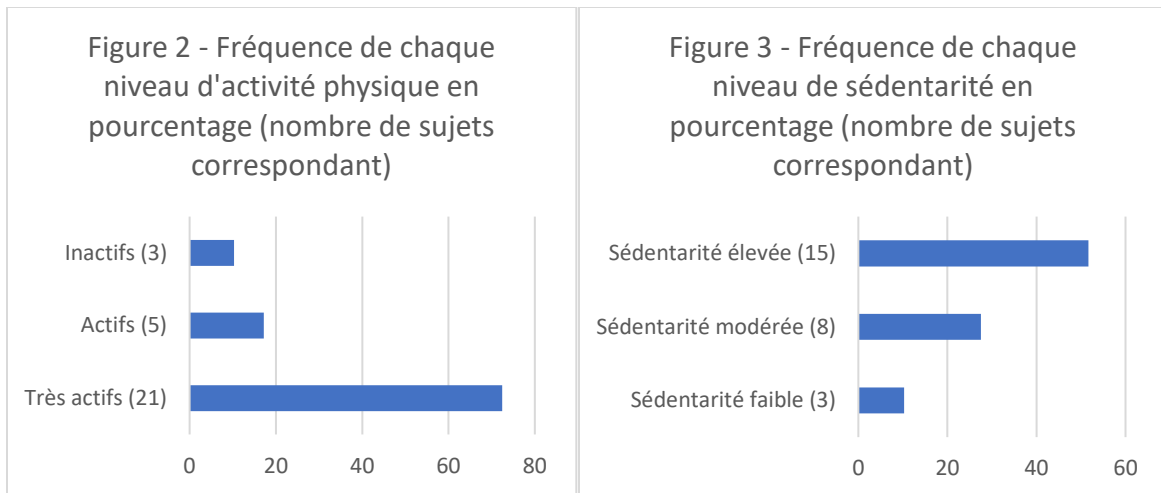
Une déclaration a été faite à la Commission Nationale de L'informatique et des Libertés (CNIL).

III. Résultats

A partir de mars 2022, deux médecins de la MSPUGA se sont engagés à proposer systématiquement à leurs patients d'évaluer leur niveau d'activité physique et de sédentarité. Sur la période de mars à juillet 2022, 29 patients ont répondu au questionnaire ONAPS-PAQ ; dont 2 personnes en rendez-vous de consultation, 2 personnes par téléphone et 25 personnes via le questionnaire en ligne. Parmi l'échantillon il y avait plus d'hommes que de femmes, et la tranche d'âge 18-39 ans était largement la plus représentée (Figure 1).



Dans notre échantillon, l'évaluation du niveau d'activité physique retrouvait 72.4 % de personnes très actives, 17.2 % de personnes actives et 10.3 % de personnes inactives (Figure 2). Le niveau de sédentarité était faible chez 10.3 % des sujets, modéré chez 27.5 % des sujets, et élevé chez 51.7 % des sujets (Figure 3).



Les niveaux de sédentarité et d'activité physique des patients inclus étaient répartis comme indiqué dans le tableau de contingence (Figure 4). Ainsi 2 patients étaient à la fois classés en sédentarité élevée et activité physique faible (soit 6.8 % de l'échantillon) ; et 3 patients étaient classés en sédentarité faible et activité physique élevée (soit 10.3 % de l'échantillon). On remarque aussi que parmi les 15 personnes ayant un niveau de sédentarité élevé, 9 (soit 60 %) ont un niveau d'activité physique élevé.

Figure 4 – Tableau de contingence

Activité physique	Sédentarité			Total
	Faible	Modéré	Elevée	
Inactifs	0	1	2	3
Actifs	0	1	4	5
Très actifs	3	9	9	21
Total	3	11	15	29

Le temps passé par jour à des activités sédentaires est la somme du temps passé assis ou allongé lors du travail, lors des transports motorisés en position assise (hors vélo à assistance électrique), et lors des loisirs (avec ou sans écran). La moyenne du temps passé à des activités sédentaires au travail (4.6 heures par jour) est plus élevée que celle des loisirs (3.4 heures par jour). La moyenne du temps passé à des activités sédentaires liées aux transports est très inférieure aux autres catégories (0.4 heures par jour).

La prévalence du critère de jugement principal dans la population est estimée à 55.2 %, avec un intervalle de confiance compris entre 35.7 % et 73.6 % (Figure 5).

Figure 5 – Proportion du critère de jugement principal et intervalle de confiance à 95 %

	Level	Count	Total	Proportion	p	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Critère jugement principal	Non	13	29	0.448	0.711	0.264	0.643
	Oui	16	29	0.552	0.711	0.357	0.736

Note. H_0 is proportion = 0.5

Il n'a pas été démontré de variation statistiquement significative de la proportion du critère de jugement principal, entre les différentes tranches d'âge (Figure 6), ni entre les sexes (Figure 7).

Figure 6 – Tableau de contingence du critère de jugement principal selon les tranches d'âge et test exact de Fisher correspondant

Contingency Tables

Critère jugement principal		Categorie âge			Total
		18 - 39 ans	40 - 59 ans	60 ans et plus	
Non	Observed	8	1	4	13
	% within column	44.4 %	25.0 %	57.1 %	44.8 %
Oui	Observed	10	3	3	16
	% within column	55.6 %	75.0 %	42.9 %	55.2 %
Total	Observed	18	4	7	29
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

χ^2 Tests

	Value	p
Fisher's exact test		0.666
N	29	

Figure 7 – Tableau de contingence du critère de jugement principal selon le sexe et test du Chi 2 correspondant

Contingency Tables

Critère jugement principal		Sexe		Total
		Femme	Homme	
Non	Observed	5	8	13
	% within column	38.5 %	50.0 %	44.8 %
Oui	Observed	8	8	16
	% within column	61.5 %	50.0 %	55.2 %
Total	Observed	13	16	29
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %

χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	0.386	1	0.534
N	29		

A titre exploratoire, la proportion du critère de jugement principal semble varier selon les catégories socio-professionnelles (Figure 8). Mais cette analyse est à nuancer par le fait que toutes les catégories socio-professionnelles ne sont pas représentées dans notre échantillon.

Figure 8 – Tableau de contingence du critère de jugement principal selon les catégories socio-professionnelles et test exact de Fisher correspondant

Contingency Tables

Catégorie socio-professionnelle	Critère jugement principal		Total
	Non	Oui	
Cadres et professions intellectuelles supérieures (ingénieur, médecin...)	0	6	6
Professions intermédiaires (professeur des écoles, infirmier, assistant social, technicien...)	4	0	4
Retraités	4	2	6
Etudiants	0	4	4
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	0	1	1
Autres inactifs (par exemple parents au foyer)	2	0	2
Employés (employé de bureau ou de commerce, garde d'enfants, agent de service...)	3	3	6
Total	13	16	29

χ^2 Tests

	Value	p
Fisher's exact test		0.002
N	29	

IV. Discussion

La prévalence du critère de jugement principal dans notre population est estimée à 55.2 %. Ce qui sous-entend que, si l'échantillon est représentatif de la population, 55.2 % des patients de la MSPUGA ont un surrisque de comorbidités et de mortalité.

L'article de Sandrine Bertrais et al. (14) qui étudiait le lien entre le temps passé à des comportements sédentaires et le syndrome métabolique chez des patients français, retrouvait une prévalence d'inactivité physique de 35.5 % chez l'homme et 48.3 % chez la femme. Elle incluait 3834 sujets. L'activité physique était cependant évaluée avec le questionnaire MAQ. Ces chiffres sont assez différents de la prévalence de l'inactivité physique retrouvée dans notre échantillon qui est de 10.3 % (tous sexes confondus). Nous ne disposons par ailleurs pas d'estimation de la sédentarité car ce questionnaire décrit plusieurs comportements sédentaires mais ne permet pas de définir clairement le statut sédentaire ou non d'un individu.

Une étude analysant les résultats de 7 études sur la population belge (15), retrouve une prévalence de l'inactivité physique chez l'adulte de 52 %, et montre que les comportements sédentaires représentent en moyenne 57 % du temps d'éveil des adultes. Ces données de sédentarité ne peuvent pas être comparées à nos résultats car elles ne sont pas présentées sous le même format (qui est une proportion d'individus à niveau de sédentarité élevé). Les mesures étaient réalisées à l'aide d'un accéléromètre, ainsi elles tendent à minimiser le biais de mesure.

L'étude INCA 3 réalisée par l'ANSES a étudié les comportements de 2180 personnes (16). Elle estime que 39.9 % des adultes de 18 à 79 ans ont un niveau de sédentarité élevée

(comportements sédentaires supérieurs à 7h par jour), alors que notre étude retrouve une proportion à 51.7 %. Elle calculait par ailleurs un niveau d'activité physique faible chez 37.2 % des adultes de 18 à 79 ans, ce qui est très supérieur à la proportion dans notre échantillon qui est de 10.3 %. Cette étude utilisait une version adaptée du RPAQ.

A titre exploratoire, il apparaît que, parmi les individus classés en sédentarité élevée (15 individus), 9 sont également classés en activité physique élevée. Or les études d'Ekelund et al. montre que, alors que l'inactivité physique et la sédentarité ont toutes deux un impact négatif sur l'état de santé des individus, l'augmentation de l'activité physique chez des individus sédentaires tend à diminuer voire gommer le surrisque de mortalité globale (17) et de mortalité cardiovasculaire (18). Ainsi, même si ces individus sont inclus dans notre critère composite, ils ne relèvent peut-être pas du même risque de comorbidités et de mortalité que les individus sédentaires et inactifs. Il est toujours bénéfique d'augmenter son niveau d'activité physique ou de diminuer le temps sédentaire, mais il paraît difficile d'estimer l'impact de chaque facteur sur l'organisme et sur le risque de morbi-mortalité.

Notre étude présente certaines forces. A notre connaissance, il s'agit de la première étude qui utilise le questionnaire ONAPS-PAQ pour évaluer l'activité physique et la sédentarité dans une population depuis l'étude de Charles et al. Cette étude a d'ailleurs montré que le questionnaire ONAPS-PAQ fournit une estimation fiable du niveau de sédentarité, en comparaison aux données de l'accéléromètre (13).

A notre connaissance, il s'agirait également de la première étude utilisant un critère de jugement principal composite qui inclut à la fois la sédentarité élevée et le niveau d'activité physique faible, qui sont tous les deux des facteurs de risque de comorbidités et de mortalité.

Par ailleurs, le fait d'avoir proposé 3 modalités de réponse au questionnaire offre la possibilité à des patients qui n'ont pas accès à l'ordinateur ou au téléphone de répondre, et contribue ainsi à diminuer le biais de sélection.

Cette étude présente également des faiblesses. L'étude qui a validé ce questionnaire ONAPS-PAQ (13) explique que les données sur l'activité physique qu'il permet de recueillir sont largement surestimées par rapport aux mesures effectuées par accéléromètre. En effet les données de notre étude montraient une proportion d'individus inactifs nettement plus faible que les autres études, ce qui est cohérent avec l'article de Charles et al. Il est par ailleurs important de noter que l'estimation du niveau d'activité physique n'inclut pas les questions posées sur les tâches ménagères au domicile, qui sont évaluées uniquement à but indicatif.

Il était proposé à tous les patients venant consulter les 2 praticiens participants, entre mars et juillet 2022, d'évaluer leur niveau d'activité physique et de sédentarité. Or seulement 29 personnes ont répondu au questionnaire sur cette période. Cette démarche leur était expliquée par le biais d'une affiche en salle d'attente, mais également grâce à une proposition orale de la part du médecin de ou l'infirmière ASALEE. Cependant, ces derniers ne le proposaient pas systématiquement à chaque consultation. On peut donc se demander quels facteurs étaient déterminants du fait qu'ils l'évoquent avec certains patients et pas avec d'autres. Était-ce quand

la consultation avait été rapide et qu'ils avaient le temps en fin de consultation ? Cette hypothèse pourrait-elle expliquer que notre échantillon est majoritairement constitué par des patients de moins de 40 ans ? Par ailleurs, malgré une affiche visible de tous en salle d'attente, les patients ont peu sollicité les praticiens pour participer à cette démarche. De plus, nous ne connaissons pas la part de patients auxquels les praticiens ont proposé la réponse au questionnaire en fin de consultation, et qui ont refusé, ni celle des patients qui ont accepté et qui n'ont finalement jamais répondu au questionnaire. On peut s'interroger sur un éventuel manque d'intérêt pour le sujet, mais également d'une possible crainte d'un résultat négatif du questionnaire avec l'effet culpabilisant sous-jacent. On peut donc se poser la question d'un éventuel biais de sélection dans ce contexte.

Nous avons réalisé des tests statistiques à visée exploratoire, mais leur validité statistique est limitée dans la mesure où notre échantillon n'a pas été sélectionné de manière aléatoire. Par ailleurs, la petite taille de notre échantillon limite largement la puissance statistique de nos tests. En effet l'intervalle de confiance est assez large. Cela nous fait également interroger la validité externe de notre étude : nous pouvons questionner le fait que notre échantillon soit représentatif de notre population étudiée. En effet, la tranche d'âge 18 – 40 ans est très majoritaire dans notre échantillon, ce qui n'est peut-être pas le cas dans la population étudiée.

Afin de poursuivre ce travail, il serait intéressant de réaliser une nouvelle analyse dans plusieurs mois. Si les praticiens de la MSP ont pu évaluer le niveau d'activité physique et de sédentarité chez d'autres patients, il serait alors possible d'effectuer de nouvelles analyses descriptives et de

calculer une nouvelle prévalence de notre critère de jugement principal en incluant davantage d'individus. Il serait également possible de proposer systématiquement, suite à la réponse du questionnaire, une consultation avec l'infirmière ASALEE du cabinet à tous les patients qui sont classés inactifs ou en niveau de sédentarité élevée. Cette consultation permettrait d'analyser le mode de vie du patient et de réfléchir à des solutions concrètes pour limiter le temps sédentaire et augmenter le temps d'activité physique. On pourrait alors faire une nouvelle évaluation du questionnaire après quelques mois pour évaluer une éventuelle différence avec le questionnaire initial.

Notre étude constitue un travail préliminaire à un projet global qui vise à augmenter le niveau d'activité physique des individus sédentaires ou inactifs. En effet, remplacer du temps de comportement sédentaire par du temps d'activité physique, même de faible intensité, permettrait de réduire la mortalité (19). Notre étude permet d'identifier ces individus, afin de pouvoir leur proposer un programme personnalisé d'activité physique. Encadré par un professionnel, les patients développeront des séances d'activité physique qui leur conviennent et qu'ils seront prêts à reproduire de manière régulière.

V. Conclusion

La sédentarité et l'inactivité physique sont des facteurs de risque établis de maladies chroniques et de mortalité.

Notre étude visait à estimer la prévalence de l'inactivité physique et/ou de la sédentarité élevée dans la patientèle de la MSPUGA grâce à une étude de pratique. Entre mars et juillet 2022, il était proposé systématiquement aux patients venant consulter leur médecin de répondre au questionnaire ONAPS-PAQ afin d'évaluer leur niveau d'activité physique et de sédentarité. Notre étude a inclus tous les patients qui avaient répondu au questionnaire et dont les données détaillées du questionnaire étaient disponibles dans leur dossier médical.

29 patients ont été inclus. La prévalence de la sédentarité élevée et/ou de l'inactivité physique dans notre population est estimée à 55.2 % [35.7 – 73.6 %]. Il n'a pas été montré de différence statistiquement significative de la prévalence de la sédentarité et/ou de l'inactivité physique entre les tranches d'âges, ni entre les sexes.

Sur une période étudiée assez longue, l'échantillon constitué est de taille modeste. Il apparaît donc que les praticiens ont rencontrés des difficultés dans cette démarche de proposer et d'évaluer de niveau d'activité physique et de sédentarité en situation de pratique courante.

Notre étude est un travail préliminaire qui s'inscrit dans un projet de création d'un programme personnalisé d'augmentation de l'activité physique. Il s'agira de dépister les personnes sédentaires ou inactives et de leur proposer d'intégrer un programme personnalisé d'activité

physique, encadré par des professionnels de santé. La méthode et la mise en œuvre du dépistage semblent être un point critique de cette démarche.

THÈSE SOUTENUE PAR : Nelsie PIERRON

TITRE :

Prévalence de la sédentarité et de l'inactivité physique en médecine générale : étude de pratique à la MSPUGA.

CONCLUSION :

La sédentarité et l'inactivité physique sont des facteurs de risque établis de maladies chroniques et de mortalité.

Notre étude visait à estimer la prévalence de l'inactivité physique et/ou de la sédentarité élevée dans la patientèle de la MSPUGA grâce à une étude de pratique. Entre mars et juillet 2022, il était proposé systématiquement aux patients venant consulter leur médecin de répondre au questionnaire ONAPS-PAQ afin d'évaluer leur niveau d'activité physique et de sédentarité. Notre étude a inclus tous les patients qui avaient répondu au questionnaire et dont les données détaillées du questionnaire étaient disponibles dans leur dossier médical.

29 patients ont été inclus. La prévalence de la sédentarité élevée et/ou de l'inactivité physique dans notre population est estimée à 55.2 % [35.7 – 73.6 %]. Il n'a pas été montré de différence statistiquement significative de la prévalence de la sédentarité et/ou de l'inactivité physique entre les tranches d'âges, ni entre les sexes.

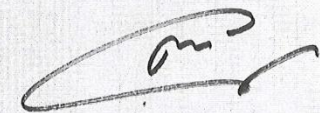
Sur une période étudiée assez longue, l'échantillon constitué est de taille modeste. Il apparaît donc que les praticiens ont rencontrés des difficultés dans cette démarche de proposer et d'évaluer de niveau d'activité physique et de sédentarité en situation de pratique courante.

Notre étude est un travail préliminaire qui s'inscrit dans un projet de création d'un programme personnalisé d'augmentation de l'activité physique. Il s'agira de dépister les personnes sédentaires ou inactives et de leur proposer d'intégrer un programme personnalisé d'activité physique, encadré par des professionnels de santé. La méthode et la mise en œuvre du dépistage semblent être un point critique de cette démarche.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

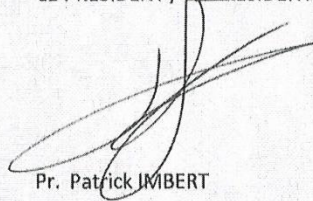
Grenoble, le : 10/10/22

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE



Pr. Patrice MORAND
Pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT / LA PRÉSIDENTE DU JURY



Pr. Patrick IMBERT

Bibliographie

1. Briançon S, Guérin G, Sandrin-Berthon B. Les maladies chroniques. ADSP Actual Doss En Santé Publique HCSP. sept 2010;n° 72:PP.11-53.
2. Forouzanfar MH, Afshin A, Alexander LT, Anderson HR, Bhutta ZA, Biryukov S, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 8 oct 2016;388(10053):1659-724.
3. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet Lond Engl*. 21 juill 2012;380(9838):219-29.
4. Biswas A, Oh PI, Faulkner GE, Bajaj RR, Silver MA, Mitchell MS, et al. Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 20 janv 2015;162(2):123-32.
5. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJ, Martin BW. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *The Lancet*. 21 juill 2012;380(9838):258-71.

6. World Health Organisation. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Genève [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240015128>
7. World Health Organisation. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Genève [Internet]. [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241514187>
8. Katzmarzyk PT, Friedenreich C, Shiroma EJ, Lee IM. Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income and high-income countries. *Br J Sports Med.* janv 2022;56(2):101-6.
9. Omorou AY, Coste J, Escalon H, Vuillemin A. Patterns of physical activity and sedentary behaviour in the general population in France: cluster analysis with personal and socioeconomic correlates. *J Public Health Oxf Engl.* sept 2016;38(3):483-92.
10. Samitz G, Egger M, Zwahlen M. Domains of physical activity and all-cause mortality: systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *Int J Epidemiol.* oct 2011;40(5):1382-400.
11. Autenrieth CS, Baumert J, Baumeister SE, Fischer B, Peters A, Döring A, et al. Association between domains of physical activity and all-cause, cardiovascular and cancer mortality. *Eur J Epidemiol.* févr 2011;26(2):91-9.
12. Holtermann A, Mortensen OS, Burr H, Søgaard K, Gyntelberg F, Suadicani P. The interplay between physical activity at work and during leisure time--risk of ischemic heart disease and

- all-cause mortality in middle-aged Caucasian men. *Scand J Work Environ Health*. déc 2009;35(6):466-74.
13. Charles M, Thivel D, Verney J, Isacco L, Husu P, Vähä-Ypyä H, et al. Reliability and Validity of the ONAPS Physical Activity Questionnaire in Assessing Physical Activity and Sedentary Behavior in French Adults. *Int J Environ Res Public Health*. janv 2021;18(11):5643.
 14. Bertrais S, Beyeme-Ondoua JP, Czernichow S, Galan P, Hercberg S, Oppert JM. Sedentary behaviors, physical activity, and metabolic syndrome in middle-aged French subjects. *Obes Res*. mai 2005;13(5):936-44.
 15. Spittaels H, Van Cauwenberghe E, Verbestel V, De Meester F, Van Dyck D, Verloigne M, et al. Objectively measured sedentary time and physical activity time across the lifespan: a cross-sectional study in four age groups. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 18 déc 2012;9:149.
 16. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Troisième étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Etude INCA3) [Internet]. Maisons-Alfort. Anses. 2017 [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2014SA0234Ra.pdf>
 17. Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *The Lancet*. 24 sept 2016;388(10051):1302-10.

18. Ekelund U, Brown WJ, Steene-Johannessen J, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, et al. Do the associations of sedentary behaviour with cardiovascular disease mortality and cancer mortality differ by physical activity level? A systematic review and harmonised meta-analysis of data from 850 060 participants. *Br J Sports Med.* 1 juill 2019;53(14):886-94.
19. Keadle SK, Conroy DE, Buman MP, Dunstan DW, Matthews CE. Targeting Reductions in Sitting Time to Increase Physical Activity and Improve Health. *Med Sci Sports Exerc.* août 2017;49(8):1572-82.


Annexes

Annexe 1 – Questionnaire ONAPS-PAQ

[Source : <https://onaps.fr/wp-content/uploads/2020/10/Questionnaire-Onaps.pdf>, consultée le 10/09/2021]

Questionnaire

Activité physique & Sédentarité



ONAPS
Observatoire National de l'Activité
Physique et de la Sédentarité

Champ réservé expérimentateur

Code sujet : _____

L Ce questionnaire évalue votre niveau d'activité physique et de sédentarité au cours d'une semaine habituelle (du LUNDI au DIMANCHE). Il est divisé en 3 parties et 21 questions (de Q1 à Q21) :

- PARTIE A : les activités au travail ;
- PARTIE B : les déplacements à but utilitaire ;
- PARTIE C : les activités de loisirs ou au domicile.

Quelle est la date d'aujourd'hui ?
-- / -- / ---- (JJ/MM/AAAA)

Quel est votre âge ?
_ _ (ans)

Précisez votre sexe :
 Femme Homme

Exercez-vous actuellement une activité (rémunérée ou non), ou suivez-vous des études ou une formation ?
 Oui Non → Ne pas remplir la PARTIE A ⚠

PARTIE A : ACTIVITÉS AU TRAVAIL

Les questions suivantes concernent tout type de travail, rémunéré ou non (y compris bénévole) ainsi que les études.

i **ACTIVITÉ PHYSIQUE : COMMENT RECONNAITRE L'INTENSITÉ SELON VOTRE PERCEPTION ?**

1 Les activités physiques de **forte intensité** sont des activités nécessitant un effort physique important et causant une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque.

2 Les activités physiques d'**intensité modérée** sont des activités qui demandent un effort physique modéré et causant une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque.

Q1 Votre travail implique-t-il des tâches répétitives ou régulières :

i si **NON** pour les deux types d'intensité, passez directement à la question Q4.

De forte intensité ? **1**

Ex : soulever des charges lourdes...

NON OUI

D'intensité modérée ? **2**

Ex : marcher à un rythme normal ou soutenu, soulever des charges légères...

NON OUI

Q2 Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous ces tâches répétitives ou régulières dans le cadre de votre travail ?

De forte intensité **1**

Nombre de jours : _ (par semaine, 7 maximum)

D'intensité modérée **2**

Nombre de jours : _ (par semaine, 7 maximum)

Q3 Lors d'une journée durant laquelle vous effectuez ces tâches, combien de temps en moyenne consacrez-vous à ces tâches dans le cadre de votre travail ?

heures : _ minutes : _ (par jour)

heures : _ minutes : _ (par jour)

Q4 Habituellement, combien de temps par jour en moyenne passez-vous assis pour votre travail ?
(⚠ ne pas compter les temps de repas)

Heures : minutes : _ : _ (par jour)

SUITE À LA PAGE SUIVANTE

PARTIE B : DÉPLACEMENTS À BUT UTILITAIRE

« Aller d'un point A à un point B »



Les questions suivantes concernent la façon habituelle de vous déplacer d'un endroit à l'autre, par exemple pour aller au travail, faire des courses, aller au marché, aller chez un ami, se rendre sur un lieu de visite ou de balade...

	À pied ? ① trajet(s) à pied durant au moins 10 minutes	À vélo ou VAE ? ① VAE = vélo à assistance électrique	Autre mode de déplacement ACTIF ? ① Ex : roller, trottinette... requérant une propulsion par vos mouvements
<p>Q5 Lors d'une semaine habituelle (week-end inclus), effectuez-vous des déplacements :</p> <p>① si ✓ NON pour les trois types de déplacement, passez directement à la question Q8.</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
	À pied :	À vélo ou VAE :	Autre mode de déplacement actif :
<p>Q6 Habituellement, combien de jours par semaine en moyenne effectuez-vous ces trajets ?</p>	Nombre de jours : <input type="text"/> / <input type="text"/> (par semaine, 7 max)	Nombre de jours : <input type="text"/> / <input type="text"/> (par semaine, 7 max)	Nombre de jours : <input type="text"/> / <input type="text"/> (par semaine, 7 max)
<p>Q7 Lors d'une journée durant laquelle vous effectuez ces trajets, combien de temps en moyenne y consacrez-vous ?</p>	<input type="text"/> : <input type="text"/> heures minutes (par jour)	<input type="text"/> : <input type="text"/> heures minutes (par jour)	<input type="text"/> : <input type="text"/> heures minutes (par jour)
<p>Q8 Lors d'une semaine habituelle (week-end inclus), utilisez-vous des moyens de transport motorisés* pour certains de vos déplacements ?</p> <p>* Ex : en voiture, moto, scooter, assis dans les transports en commun... (⚠ hors vélo à assistance électrique)</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		
<p>Q9 Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous ces trajets motorisés ?</p>	Nombre de jours : <input type="text"/> / <input type="text"/> (par semaine, 7 max)		
<p>Q10 Lors d'une journée durant laquelle vous effectuez ces trajets motorisés, combien de temps en moyenne durent l'ensemble de ces trajets ?</p>	<input type="text"/> : <input type="text"/> heures minutes (par jour de pratique)		

SUITE À LA PAGE SUIVANTE

PARTIE C : ACTIVITÉS DE LOISIRS OU AU DOMICILE

Les questions suivantes excluent les activités liées au travail et aux déplacements que vous avez déjà mentionnées.



ACTIVITÉ PHYSIQUE : COMMENT RECONNAÎTRE L'INTENSITÉ SELON VOTRE PERCEPTION ?

- 1 Les activités physiques de forte intensité sont des activités nécessitant un effort physique important et causant une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque.
- 2 Les activités physiques d'intensité modérée sont des activités qui demandent un effort physique modéré et causant une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque.

Q11 Lors d'une semaine habituelle (week-end inclus), effectuez-vous des tâches ménagères au domicile, à l'intérieur ou à l'extérieur ? Ex : passer l'aspirateur, laver le sol, balayer, laver les vitres, tondre la pelouse...

NON OUI

Q12 Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous ces tâches ménagères au domicile, à l'intérieur ou à l'extérieur ? Nombre de jours : (par semaine, 7 max)

Q13 Lors d'une journée durant laquelle vous pratiquez ces tâches ménagères au domicile, combien de temps en moyenne y consacrez-vous ? :
heures minutes (par jour de pratique)

Q14 Lors d'une semaine habituelle (week-end inclus), pratiquez-vous des activités sportives ou des activités physiques de loisirs :

si NON pour les deux types d'intensité, passez directement à la question Q17.

De forte intensité ? 1

Ex : courir, jouer au football, porter des charges lourdes, nager, jouer au squash, pratiquer des arts martiaux, faire de la zumba, faire du vélo à un rythme soutenu ou sur des pentes (hors VAE), etc.

NON OUI

D'intensité modérée ? 2

Ex : marcher à un rythme normal ou soutenu (hors trajet utilitaire), faire du vélo ou du VAE à un rythme modéré (hors trajet utilitaire), randonner, danser, jardiner, faire une séance de gym ou de renforcement musculaire, jouer au ping-pong, etc.

NON OUI

Q15 Habituellement, combien de jours par semaine pratiquez-vous ces activités sportives ou ces activités de loisirs ?

Nombre de jours :
(par semaine, 7 maximum)

De forte intensité 1

Nombre de jours :
(par semaine, 7 maximum)

D'intensité modérée 2

Nombre de jours :
(par semaine, 7 maximum)

Q16 Lors d'une journée durant laquelle vous pratiquez ces activités sportives ou ces activités de loisirs, combien de temps en moyenne y consacrez-vous ?

:
heures minutes (par jour)

:
heures minutes (par jour)

SUITE À LA PAGE SUIVANTE

Q17 Lors d'une semaine habituelle, passez-vous du temps à des activités assises ou allongées (hors sommeil), chez vous ou lors de vos loisirs ?

ⓘ si ✓ NON pour les deux types d'activités, passez directement à la question Q20.

Devant un écran ? Ex : télévision, jeux vidéo, ordinateur à but <u>non professionnel</u> (internet, emails...), tablette, smartphone, etc. <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Autres que devant un écran ? Ex : lecture, dessin, discussion avec des amis, couture, etc. <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
Devant un écran ? Nombre de jours : <input type="text"/> (par semaine, 7 maximum)	Autres que devant un écran ? Nombre de jours : <input type="text"/> (par semaine, 7 maximum)
_____ : _____ heures minutes (par jour)	_____ : _____ heures minutes (par jour)

Q18 Habituellement, lors de combien de jours par semaine passez-vous du temps à ces activités assises ou allongées, chez vous ou lors de vos loisirs ?

Q19 Lors d'une journée durant laquelle vous passez du temps à ces activités assises ou allongées, combien de temps en moyenne y passez-vous, chez vous ou lors de vos loisirs ?

Q20 Veuillez préciser la nature du ou des sport(s) que vous pratiquez lors de vos loisirs, en fonction de leur fréquence de pratique :

Au moins 3 fois par semaine ? (+ + +)	1 à 2 fois par semaine ? (+ +)	Plus d'1 fois par mois, mais moins d'1 fois par semaine ? (+)
ⓘ Veuillez inscrire le ou les sport(s) pratiqué(s) _____ _____ <input type="checkbox"/> Aucun	ⓘ Veuillez inscrire le ou les sport(s) pratiqué(s) _____ _____ <input type="checkbox"/> Aucun	ⓘ Veuillez inscrire le ou les sport(s) pratiqué(s) _____ _____ <input type="checkbox"/> Aucun

Q21 Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?
 ⓘ Veuillez ne cocher qu'une seule case ; si actuellement au chômage, veuillez cocher votre catégorie antérieure.

<input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants <input type="checkbox"/> Artisans, commerçants et chefs d'entreprise <input type="checkbox"/> Employés (employé de bureau ou de commerce, garde d'enfants, agent de service...) <input type="checkbox"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures (ingénieur, médecin...)	<input type="checkbox"/> Ouvriers (y compris agricoles) <input type="checkbox"/> Professions intermédiaires (professeur des écoles, infirmier, assistant social, technicien, contremaître...) <input type="checkbox"/> Retraités <input type="checkbox"/> Étudiants <input type="checkbox"/> Autres inactifs (par exemple parent au foyer)
---	--

FIN

Annexe 2 – Grille de lecture et d'interprétation ONAPS-PAQ

[Source : <https://onaps.fr/wp-content/uploads/2022/05/2022-05-02-Interpretation-ONAPS-PAQ.pdf>, consultée le 10/09/2021]

Le questionnaire mesure, sur la base de valeurs auto-rapportées, le volume d'activité physique et le temps sédentaire du sujet interrogé au cours d'une semaine habituelle. Il permet *a fortiori* une approche qualitative de l'activité physique et des comportements sédentaires au quotidien en considérant les différents domaines de la vie courante : travail, déplacements, domicile, loisirs.

1) Définitions

L'activité physique est définie comme tout mouvement corporel issu de la contraction des muscles squelettiques, entraînant une dépense énergétique supérieure à celle de repos. Par convention, la dépense énergétique de repos (métabolisme de base) est égale à 1 MET (metabolic equivalent of task) correspondant approximativement à une consommation d'O₂ de 3,5 mL.min⁻¹.kg⁻¹.

On distingue trois intensités d'activité physique (AP) :

- AP d'intensité légère < 3 METs (marche lente, gymnastique douce, nage détente) ;
- AP d'intensité modérée entre 3 et 6 METs (marche rapide, montée d'escalier, randonnée, vélo en tant que mode de transport, port de charge...). Elle est marquée par une accélération de la respiration, une transpiration ;
- AP de forte intensité ≥ 6 METs (course à pied, vélo à un rythme soutenu ou avec des pentes, natation, football, fitness, tâches agricoles ou manutentionnaires difficiles...) marquée par un essoufflement, une transpiration importante.

Le temps sédentaire correspond au temps passé assis ou allongé au cours des périodes d'éveil (entre le lever et le coucher [le temps de sommeil nocturne n'est pas compté car physiologique et nécessaire]) et est associé à une faible dépense énergétique < 1,5 MET (temps d'écran, bureau, transport motorisé).

1) Le questionnaire ONAPS-PAQ

Le questionnaire ONAPS-PAQ utilisé ici comporte 19 questions (la version complète en contient 21) réparties en 3 blocs : activités au travail (A), lors des déplacements à buts utilitaires (B), activité de loisirs ou au domicile (C).

Bloc A - Activités au travail (Q1 - Q4)

	Réponse
1- AP de forte intensité au travail ?	oui/non
2- Si oui, combien de jour par semaine ?	1 à 7
3- Combien de temps par jour ?	hh:mm
4- AP d'intensité modérée au travail ?	oui/non
5- Si oui combien de jour par semaine ?	1 à 7
6- Combien de temps par jour	hh:mm
7- Temps sédentaire (assis) au travail au cours d'une journée habituelle ?	hh:mm

Bloc B - Déplacements à but utilitaire (Q5 – Q10)

8- Marche ? (seules comptent les marches de plus de 10 min d'affilée)	oui/non
9- Si oui, combien de jour par semaine ?	1 à 7
10- Combien de temps par jour ?	hh:mm
11- Vélo ?	oui/non
12- Si oui, combien de jour par semaine ?	1 à 7
13- Combien de temps par jour ?	hh:mm
14- Autres modes actifs de transport ?	oui/non



15- Si oui, combien de jour par semaine ?	1 à 7
16- Combien de temps par jour ?	hh:mm
17- Déplacement en voiture ?	oui/non
18- Si oui, combien de jour par semaine ?	1 à 7
19- Combien de temps par jour ?	hh:mm

Bloc C : Activités de loisir ou au domicile (Q11 – 19)

Au domicile

20- Tâches domestiques ?	oui/non
21- Si oui, combien de jour par semaine ?	1 à 7
22- Combien de temps par jour ?	hh:mm
23- Temps d'écran ?	oui/non
24- Si oui, combien de jour par semaine ?	1 à 7
25- Combien de temps par jour ?	hh:mm
26- Temps assis autres ?	oui/non
27- Si oui, combien de jour par semaine ?	1 à 7
28- Combien de temps par jour ?	hh:mm

Lors des loisirs

29- AP de forte intensité lors des loisirs ?	oui/non
30- Si oui, combien de jour par semaine ?	1 à 7
31- Combien de temps par jour ?	hh:mm
32- AP d'intensité modérée lors des loisirs ?	oui/non
33- Si oui combien de jour par semaine ?	1 à 7
34- Combien de temps par jour	hh:mm

2) Grille de lecture et interprétation de l'ONAPS-PAQ

1/Activité physique

Les individus qualifiés d'*inactifs* sont ceux ayant un volume d'activité physique hebdomadaire en deçà des recommandations internationales d'une activité physique minimale pour avoir des bénéfices sur la santé, à savoir pour les adultes :

- 30 min d'activité physique d'intensité modérée par jour, 5 jours par semaine ;
- OU 75 min d'activité physique de forte intensité par semaine, réparties sur 3 jours ;
- OU un mélange des deux intensités d'activité physique, pour un minimum de 150 min par semaine.

Pour une étude plus sensible du volume d'activité physique hebdomadaire (AP_{tot}) il est nécessaire de convertir l'intensité des activités physiques auto-rapportées en METs (Metabolic Equivalent of Task).

L'interprétation du questionnaire ONAPS-PAQ est similaire à celle de l'International Physical Activity Questionnaire, IPAQ (www.ipaq.ki.se).

Mesure des temps hebdomadaires d'activités physiques d'intensité modérée et de forte intensité

1. Convertir les hh:mm en minutes ($hh \times 60 + mm$)



2. Calcul de l'activité physique totale d'intensité modérée (MPA : moderate physical activity), de forte intensité (VPA : vigorous physical activity) et de l'activité physique totale d'intensité modérée et de forte intensité (MVPA : moderate to vigorous physical activity) :

Durée hebdomadaire d'activité physique de forte intensité (VPA) :

$$VPA = (A2 \times A3) + (C30 \times C31)$$

Durée hebdomadaire d'activité physique d'intensité modérée (MPA) :

$$MPA = (A5 \times A6) + (B9 \times B10) + (B12 \times B13) + (C33 \times C34)$$

Durée hebdomadaire d'activité physique d'intensité modérée et de forte intensité (MVPA) :

$$MVPA = MPA + VPA$$

3. Interprétation :

INACTIF :

- **Sujet ne réalisant pas au minimum 150 min/semaine d'activité physique à intensité modérée à élevée (MVPA)**

Message : Risque mortalité précoce plus élevé, associé à une forte augmentation du risque de développer des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, obésité, certains cancers...). Même de petites augmentations quotidiennes du niveau d'activité physique ont un effet significatif sur la santé : un peu c'est bien mieux que rien.

ACTIF :

- **Sujet réalisant plus de 150 min/semaine d'activité physique à intensité modérée à élevée (MVPA)**

Message : Continuez ! Vous retirerez des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé en augmentant la fréquence et/ou l'intensité et/ou la durée de l'AP : diminution du risque de mortalité précoce, des risques de développer des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, obésité, certains cancers (les bénéfices sont encore plus importants à partir de 300 min/sem d'AP aérobique d'intensité modérée ou plus 150 min d'AP aérobique d'intensité soutenue ou une combinaison des deux).



Mesure du volume d'activité physique hebdomadaire total en METs.minute/semaine (AP totale)

1. Convertir les hh:mm en minute (hhx60 + mm)
2. Calcul de l'activité physique en METs (références : interprétation du questionnaire IPAQ)

Au travail et lors des loisirs : AP modérée = 4 METs et AP de forte intensité = 8 METs
Lors des déplacements : marche = 3,3 METs et vélo = 6 METs
Tâches domestiques : 2 METs

Activité physique d'intensité modérée en METs.min/semaine (MPA_{MET}) :

$$MPA_{MET} = 4 [(A5 \times A6) + (C33 \times C34)] + 3,3(B9 \times B10) + 6(B12 \times B13)$$

Activité physique de forte intensité en METs.min/semaine (VPA_{MET}) :

$$VPA_{MET} = 8 [(A2 \times A3) + (C30 \times C31)]$$

Activité physique totale en METs.min/semaine (AP_{tot}) :

$$AP_{tot} = MPA_{MET} + VPA_{MET}$$

3. Interprétation

INACTIF :

- Sujets dépensant moins de 600 METs.min par semaine

Message : Risque mortalité précoce plus élevé, associé à une forte augmentation du risque de développer des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, obésité, certains cancers...). Même de petites augmentations quotidiennes du niveau d'activité physique ont un effet significatif sur la santé : un peu c'est bien mieux que rien.

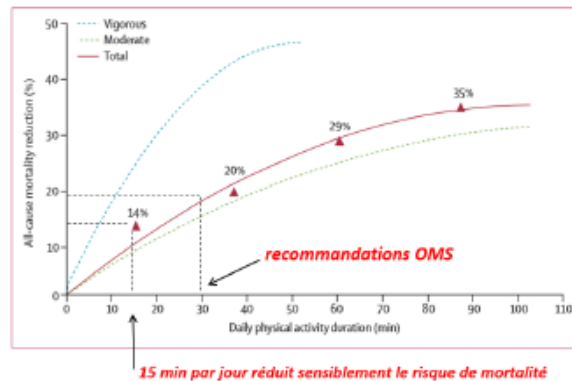


Figure 1 - Réduction du risque de mortalité toutes causes confondues fonction du temps d'AP de loisir quotidien (questionnaire LTPA, leisure time physical activity ; Wen et al. Lancet 2011)



ACTIF :

- **Sujet réalisant au moins 600 METs.min par semaine**

Message : Continuez ! Vous retirerez des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé en augmentant la fréquence et/ou l'intensité et/ou la durée de l'AP : diminution du risque de mortalité précoce, des risques de développer des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, obésité, certains cancers (les bénéfices sont encore plus importants à partir de 300 min/sem d'AP aérobique d'intensité modérée ou plus 150 min d'AP aérobique d'intensité soutenue ou une combinaison des deux).

ACTIF+ :

- **Sujet réalisant plus de 3 000 METs.min par semaine**

Message : Parfait ! Attention aux risques de blessures et micro-traumatismes répétés. Ne pas négliger les exercices d'assouplissement/étirement réguliers, équipement adapté, hydratation régulière ...

2/Comportements sédentaires

Le temps sédentaire (SB, sedentary behavior) correspond au temps passé assis quotidiennement au travail, dans les transports ou à domicile entre le lever le matin et le coucher (en dehors du temps de sommeil nocturne).

- 1- Convertir les hh:mm en minute (hhX60 + mm)
- 2- Calcul du temps sédentaire (SB) :

$$SB = A7 + [(B18 \times B19) + (C24 \times C25) + (C27 \times C28)] / 7$$

- 3- Interprétation :

NIVEAU DE SÉDENTARITÉ FAIBLE

Durée totale des activités sédentaires < 3h/j

NIVEAU DE SÉDENTARITÉ MODÉRÉ

Durée totale des activités sédentaires située entre 3 et 7h/j

Message : Il existe une relation linéaire entre le temps passé à des comportements sédentaires et le risque de développer une obésité, un diabète de type 2, des maladies cardiovasculaires et certains cancers.

Deux objectifs : 1) diminuer le temps total passé assis (surtout si vous êtes proches des 7h) et 2) rompre les temps prolongés assis en se levant au moins une minute toutes les heures et en bougeant pendant cette minute (une AP de faible intensité peut être suffisante).



NIVEAU DE SÉDENTARITÉ ÉLEVÉ

Durée totale des activités sédentaires > 7h/j

Message : Il existe une relation linéaire entre le temps passé à des comportements sédentaires et le risque de développer une obésité, un diabète de type 2, des maladies cardiovasculaires et certains cancers.

Deux objectifs : 1) diminuer le temps total passé assis et 2) rompre les temps prolongés assis en se levant au moins une minute toutes les heures et en bougeant pendant cette minute (une AP de faible intensité peut être suffisante).

7



Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ 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. ”

Titre : PRÉVALENCE DE LA SÉDENTARITÉ ET DE L'INACTIVITÉ PHYSIQUE EN
MÉDECINE GÉNÉRALE : ÉTUDE DE PRATIQUE À LA MSPUGA

Auteur : Nelsie PIERRON

Résumé :

Introduction : Les maladies chroniques non transmissibles sont la principale cause de décès en France. La sédentarité et l'inactivité physique représentent des facteurs de risque de maladie chronique. Cette étude de pratique vise à analyser le repérage des patients sédentaires ou inactifs physiquement par la MSPUGA, une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire située en périphérie de Grenoble. *Matériel et méthode* : La MSPUGA a proposé à ses patients d'évaluer leur niveau d'activité physique et de sédentarité, en répondant au questionnaire ONAPS PAQ. Notre étude analyse les données recueillies sur la période de mars à juillet 2022, afin de calculer la prévalence des individus présentant un niveau de sédentarité élevé ou un niveau d'activité physique insuffisant. *Résultats* : 29 patients ont été inclus. 55.2 % des patients présentaient un niveau d'activité physique faible ou un niveau de sédentarité élevé, et il n'existait pas de différence significative entre les tranches d'âge ou entre les sexes. *Conclusion* : Il existe une part notable de notre échantillon qui présente au moins un des deux facteurs de risque de morbi-mortalité que sont l'inactivité physique et la sédentarité. Il apparaît donc essentiel de travailler sur des moyens de diminuer le temps sédentaire et d'augmenter l'activité physique.

Mots-clés : sédentarité – activité physique – médecine préventive – soins de santé primaires

Summary:

Introduction : Noncommunicable diseases are accountable for most of the deaths in France. Sedentary behavior and inactivity are both risk factors of noncommunicable diseases. This study aimed to evaluate the fact that the general practitioners of MSPUGA offer their patients the possibility to assess their level of physical activity and sedentary behaviors. *Methods* : It was assessed by the ONAPS-PAQ questionnaire. We studied the results of the questionnaire answered from March to July 2022, to calculate the prevalence of patients that have whether high level of sedentarity or a low level of physical activity. *Results*: 29 patients were included. 55.2 % of the patients were highly sedentary or had a low physical activity level. There was no significant difference between ages or sexes. *Conclusion* : A large part of our sample had either one of the risk factors or both of them. That implies that we should look for efficient ways to decrease the sedentary behaviors and increase the physical activity among the general population.

Key-words: sedentary behaviors, exercise, preventive medicine, primary health care