

Etat des lieux de la prescription de l'Activité Physique par les Médecins Généralistes du Maine-et-Loire

Focus sur les résultats concernant les patients de plus de 65 ans

N Ballay ^a, L Connan ^b, IA Leclair ^c, M Houvet ^c, H Roirand ^c, A Bruneau ^d

^a Service de Médecine Interne, CH Saumur, route de Fontevraud, 49400 Saumur

^b Département de Médecine Générale, UFR Médecine Angers, rue Haute de reculée, 49100 Angers

^c Service de Médecine Polyvalente Gériatrique, CH Saumur, route de Fontevraud, 49400 Saumur

^d Centre Régional de Médecine du Sport, CHU Angers, 1 rue Larrey, 49100 Angers



A blurred photograph of three runners in motion on a track, suggesting speed and physical activity. The runners are wearing athletic gear, and the background is a soft-focus green, likely a grassy field or park. The text "Pas de conflit d'intérêt" is overlaid in the center of the image.

Pas de conflit d'intérêt

INTRODUCTION

Bénéfices de l'activité physique => Prévention:

- Morbi-mortalité cardiovasculaire
- FDR cardiovasculaires
- Cancers
- Appareil locomoteur
- Santé mentale (Démence, dépression...)

---> Médecin généraliste = L'effecteur de prévention
primaire

INTRODUCTION

Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé - OMS 2011

- > 65 ans: « **150 minutes hebdomadaires d'activité d'endurance d'intensité modérée ou 75 minutes d'endurance d'intensité soutenue** » + exercices d'équilibre et renforcement musculaire
- 17-64 ans: idem > 65 ans
- 5-17 ans: au moins **60 minutes par jour**

MATERIEL & METHODE

- **Enquête descriptive transversale**
- **Echantillon de médecins généralistes du Maine-et-Loire**
- **Participants aux FMC**
- **Questionnaire (voie électronique)**
- **Analyse quantitative (EXCEL® et BIOSTATGV®)**



MATERIEL & METHODE

Questionnaire

- *Durée hebdomadaire conseillée aux patients*
- *Exercices de renforcements musculaires ?*
- *Dépense énergétique des patients*
- *Modes de prescription de l'AP*
- *Modes d'évaluation et suivi*
- *Structures d'orientation*
- *Données démographiques des médecins sondés*

RESULTATS

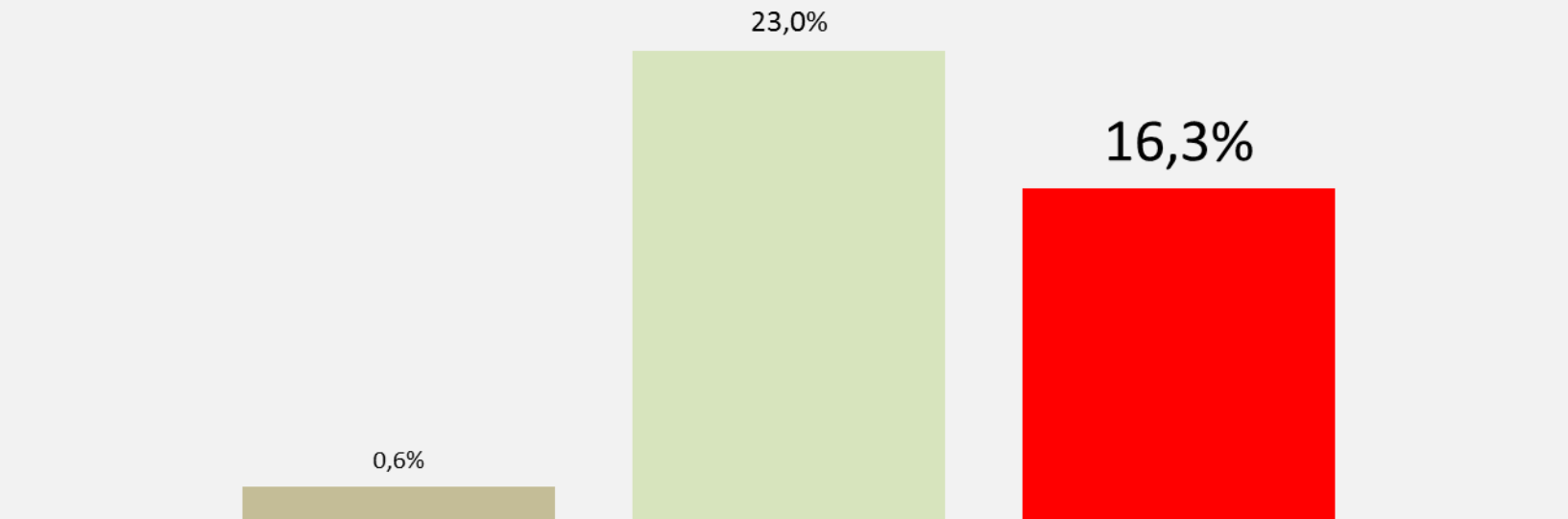
Age (n=178)	m+/-SD	47+/-10	-
		n	%
Sexe (n=173)	H/F	98/75	57/43
Classe d'âge (n=178)	28-40 ans	64	36
	40-50 ans	42	24
	50-60 ans	49	28
	> 60 ans	23	13
Lieu d'exercice (n=176)	rural	48	27
	semi rural	69	39
	urbain	61	35
Connaissance recommandations OMS (n=175)	Oui	90	51
	Non	85	49
Conviction valeur thérapeutique AP (n=178)	Oui	169	95
	Non	0	0
	NSP	19	5

Tableau 1 : Données sociodémographiques de l'échantillon des médecins généralistes répondants.
m : moyenne, SD : écart type, n : nombre, H : homme, F : femme.

RESULTATS

Application des recommandations OMS 2011

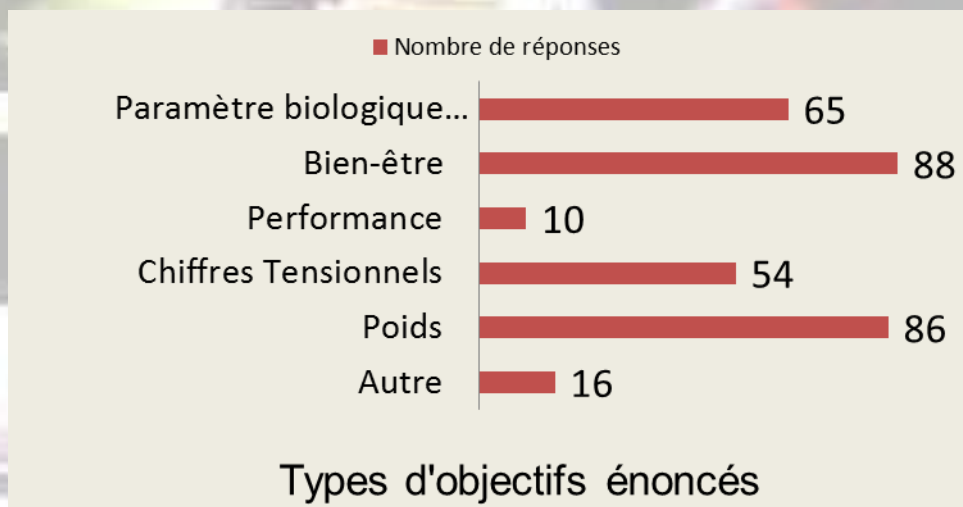
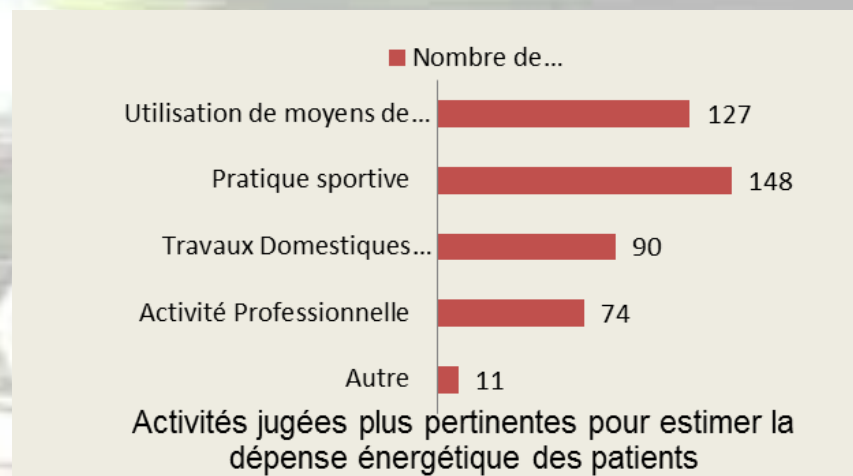
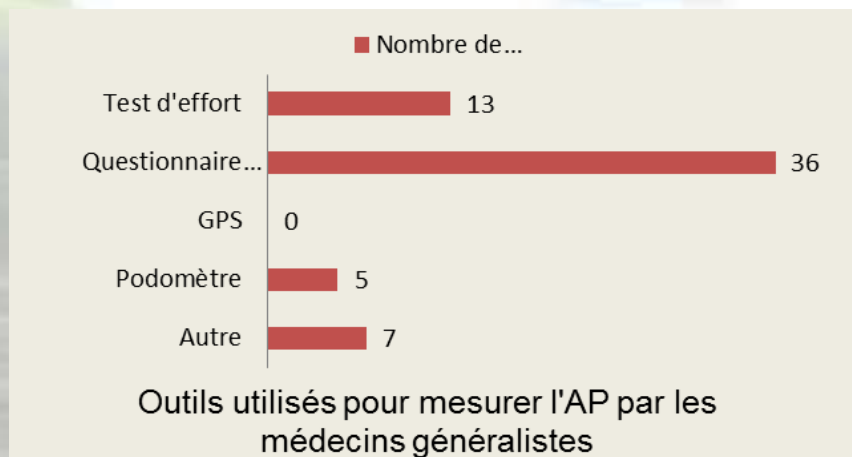
■ Enfants et Adolescents (5-17ans) ■ Adultes (17-64 ans) ■ Séniors (+65ans)



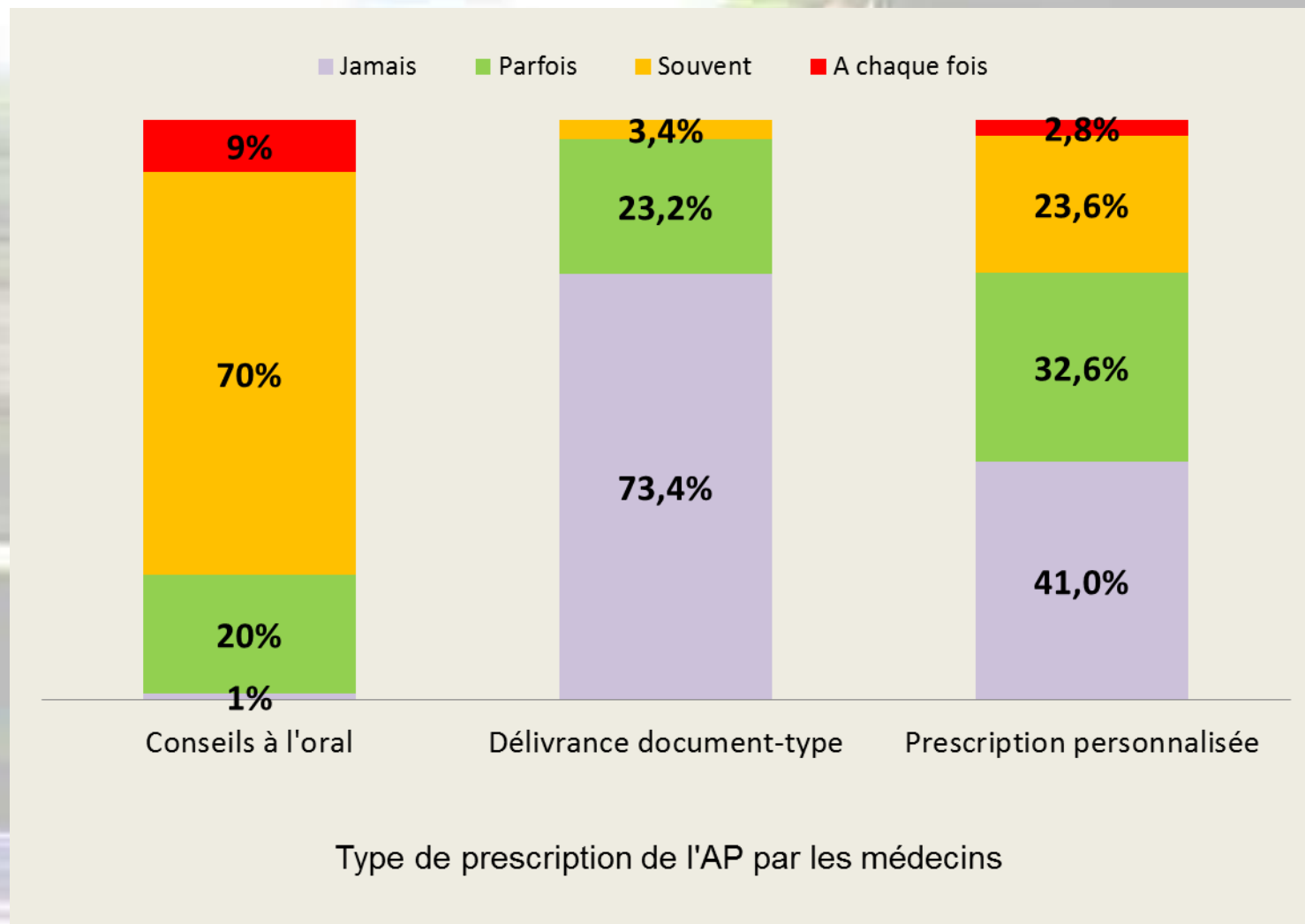
c

Proportion des médecins respectant les recommandations de l'OMS par classe d'âge

RESULTATS



RESULTATS



RESULTATS

**Age du prescripteur / quantité d'AP
=> pas de corrélation significative**

5-17 ans ($R^2=0.0013$), 18-64 ans ($R^2=0.0006$), de 65 ans ($R^2=0.0499$)

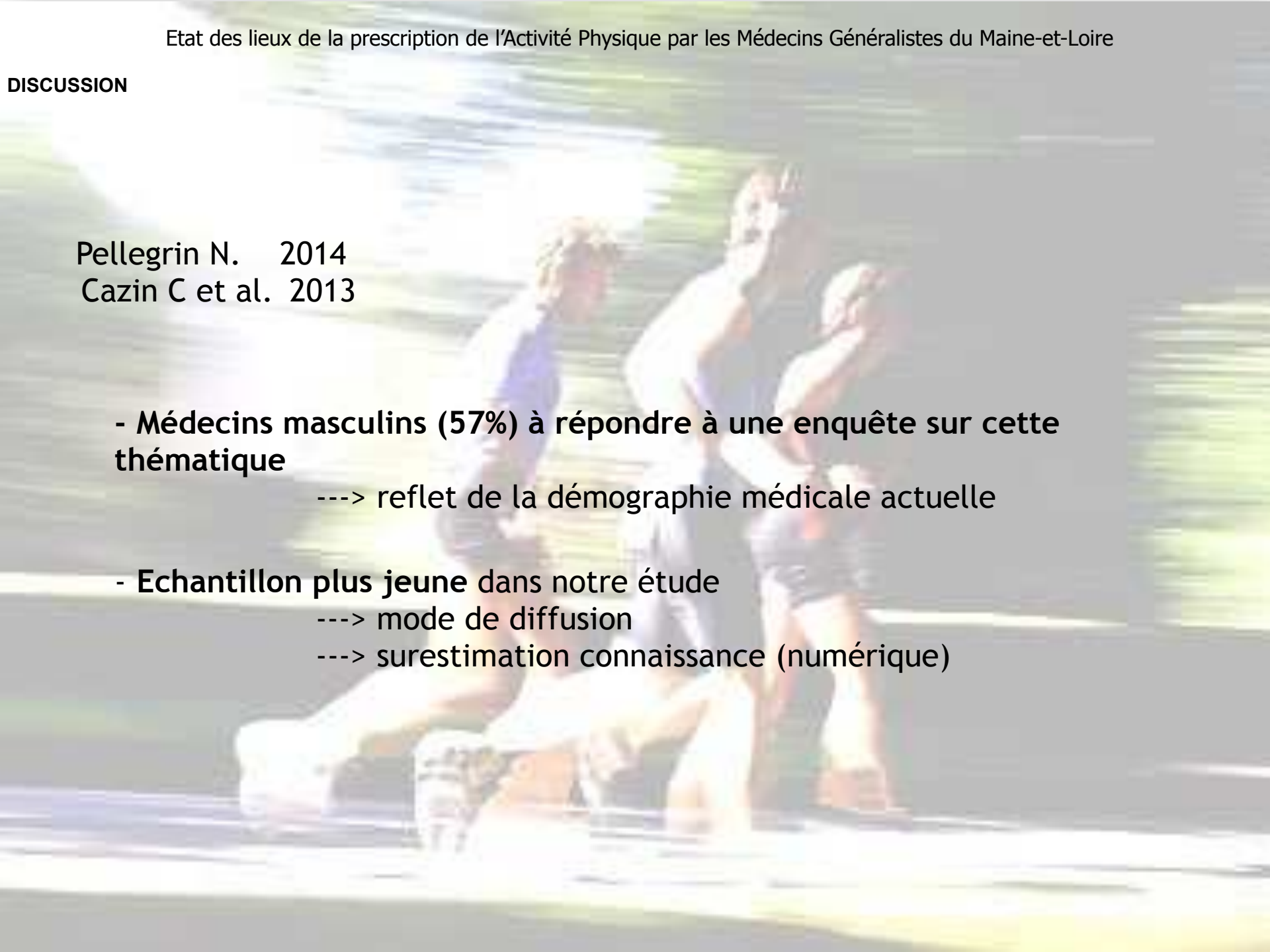
**Quantité d'AP pratiquée par les médecins / quantité d'AP
recommandée
=> pas de corrélation significative**

5-17 ans ($R^2=0.054$), 18-64 ans ($R^2=0.0724$), de 65 ans ($R^2=0.0499$)

DISCUSSION

Pellegrin N. 2014
Cazin C et al. 2013

- **Médecins masculins (57%)** à répondre à une enquête sur cette thématique
 - > reflet de la démographie médicale actuelle
- **Echantillon plus jeune** dans notre étude
 - > mode de diffusion
 - > surestimation connaissance (numérique)



DISCUSSION

DISPARITE ET INSUFFISANCE DE PRESCRIPTION

- Hypothèse : **Connaissance approximative des recommandations chiffrées**
- Enfants --> ont dû intégrer la pratique scolaire
- Adultes --> jours non travaillés chez actifs
- **Séniors --> moins de contraintes de travail (fractionnement)**

---> incitent à envisager de **nouvelles stratégies** d'information et de formation des médecins

DISCUSSION

MODES DE PRESCRIPTION

- Conseils oraux personnalisés
- Pas d'ordonnance manuscrite

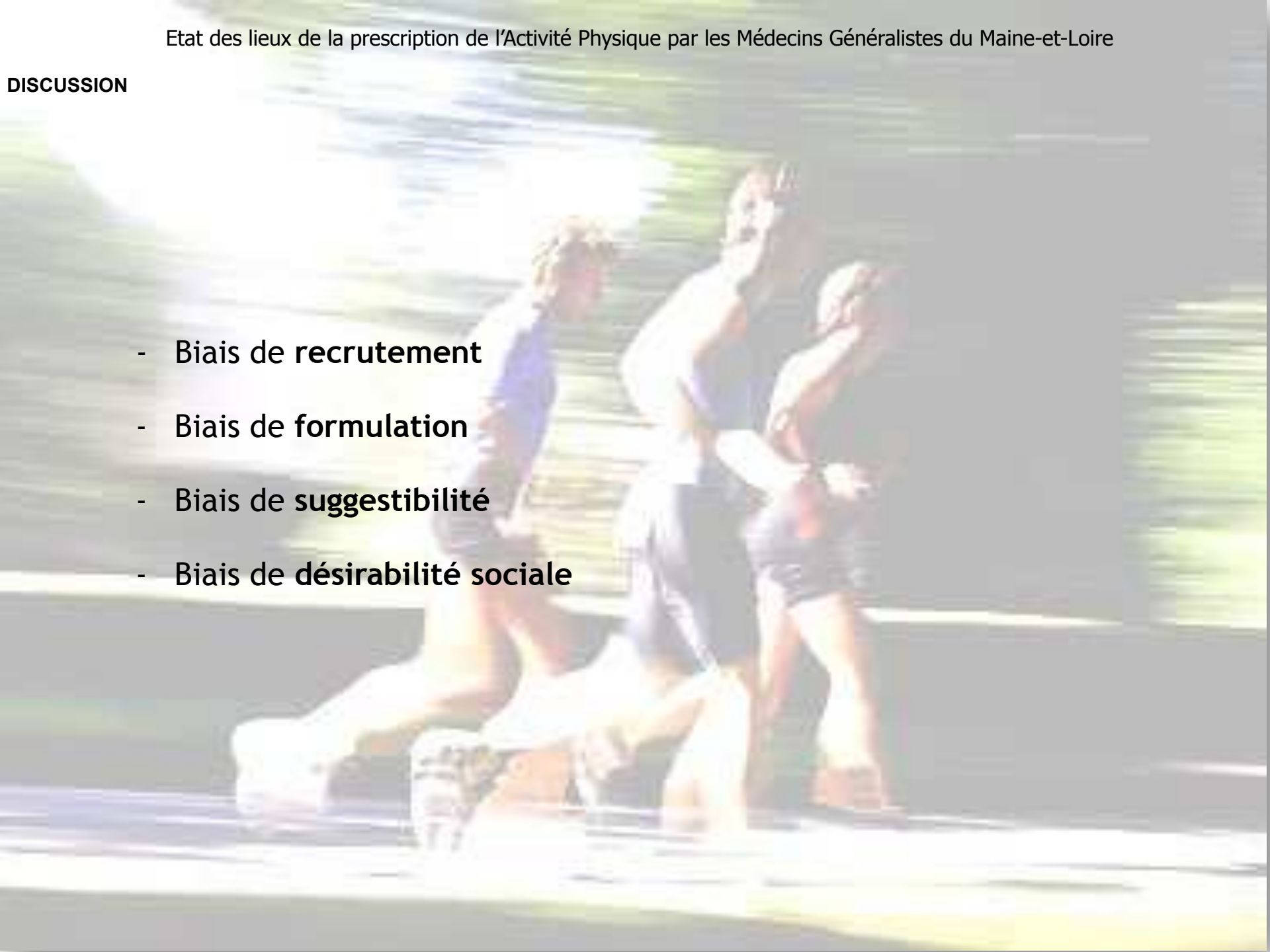
---> écrit peu utilisé comme pour les autres prescriptions non médicamenteuses

---> échange oral et discussion au centre de cette démarche préventive



DISCUSSION

- Biais de **recrutement**
- Biais de **formulation**
- Biais de **suggestibilité**
- Biais de **désirabilité sociale**



CONCLUSION

- **Première étude** à dresser un état des lieux de la prescription d'AP dans le 49
- **Disparité des résultats et insuffisance notable** d'encouragement à la pratique d'AP
- Âge, milieu d'exercice, niveau de pratique personnel des médecins ne semblent pas déterminer le niveau de prescription
- **Biais** empêchent de considérer l'échantillon comme totalement représentatif
- Intérêt d'une **étude conjointement pilotée par instances nationales de la santé et du sport** pour permettre une meilleure diffusion
- Intérêt d'une **meilleure formation** des médecins sur le sujet afin d'établir un **meilleur investissement** concernant la prescription et une **meilleure adhésion** des patients

Etat des lieux de la prescription de l'Activité Physique par les Médecins Généralistes du Maine-et-Loire

- [1] Lakka TA, Venäläinen JM, Rauramaa R, Salonen R, Tuomilehto J, Salonen JT. Relation of leisure-time physical activity and cardiorespiratory fitness to the risk of acute myocardial infarction. *N Engl J Med*. 1994 Jun 2;330(22):1549–54.
- [2] Ministère de la Santé. Programme national nutrition santé 2011-2015.
- [3] Ville de Strasbourg. Prescription médicale d'activité physique modérée: «Sport Santé sur Ordonnance».
- [4] HAS. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées 2011 OMS.
- [5] Aquatias S, Arnal J-F, Rivière D, Bilard J, Callède J-P, Casillas J-M, et al. Activité physique: contextes et effets sur la santé. 2008
- [6] Morris JN, Everitt MG, Pollard R, Chave SP, Semmence AM. Vigorous exercise in leisure-time: protection against coronary heart disease. *Lancet*. 1980 Dec 6;2(8206):1207–10.
- [7] Wannamethee SG, Shaper AG, Walker M. Physical Activity and Mortality in Older Men With Diagnosed Coronary Heart Disease. *Circulation*. 2000 Sep 19;102(12):1358–63.
- [8] Green DJ. Comparison of resistance and conduit vessel nitric oxide-mediated vascular function in vivo: effects of exercise training. *Journal of Applied Physiology*. 2004 Aug 1;97(2):749–55.
- [9] Ussher MH, West R, Taylor AH, McEwen A. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(3):CD002295.
- [10] Marcus BH, Lewis BA, Hogan J, King TK, Albrecht AE, Bock B, et al. The efficacy of moderate-intensity exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res*. 2005 Dec;7(6):871–80.
- [11] Ketelhut RG, Franz IW, Scholze J. Regular exercise as an effective approach in antihypertensive therapy. *Med Sci Sports Exerc*. 2004 Jan;36(1):4–8.
- [12] Fagard RH. Exercise is good for your blood pressure: effects of endurance training and resistance training. *Clin Exp Pharmacol Physiol*. 2006 Sep;33(9):853–6.
- [13] Hagberg JM, Park JJ, Brown MD. The role of exercise training in the treatment of hypertension: an update. *Sports Med*. 2000 Sep;30(3):193–206.
- [14] Boulé NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. *JAMA*. 2001 Sep 12;286(10):1218–27.
- [15] Yang X, Telama R, Leskinen E, Mansikkaniemi K, Viikari J, Raitakari OT. Testing a model of physical activity and obesity tracking from youth to adulthood: the cardiovascular risk in young Finns study. *Int J Obes (Lond)*. 2007 Mar;31(3):521–7.
- [16] Leon AS, Sanchez OA. Response of blood lipids to exercise training alone or combined with dietary intervention. *Med Sci Sports Exerc*. 2001 Jun;33(6 Suppl):S502–515; discussion S528–529.
- [17] Kraus WE, Houmard JA, Duscha BD, Knetzger KJ, Wharton MB, McCartney JS, et al. Effects of the amount and intensity of exercise on plasma lipoproteins. *N Engl J Med*. 2002 Nov 7;347(19):1483–92.
- [18] Kruk J, Czerniak U. Physical activity and its relation to cancer risk: updating the evidence. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(7):3993–4003.
- [19] Friedenreich CM, Orenstein MR. Physical activity and cancer prevention: etiologic evidence and biological mechanisms. *J Nutr*. 2002 Nov;132(11 Suppl):3456S–3464S.
- [20] Wiseman M. The second World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research expert report. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. *Proc Nutr Soc*. 2008 Aug;67(3):253–6.
- [21] Barnard RJ, Ngo TH, Leung P-S, Aronson WJ, Golding LA. A low-fat diet and/or strenuous exercise alters the IGF axis in vivo and reduces prostate tumor cell growth in vitro. *Prostate*. 2003 Aug 1;56(3):201–6.
- [22] Vignon E, Valat J-P, Rossignol M, Avouac B, Rozenberg S, Thoumie P, et al. Osteoarthritis of the knee and hip and activity: a systematic international review and synthesis (OASIS). *Joint Bone Spine*. 2006 Jul;73(4):442–55.
- [23] Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scand J Med Sci Sports*. 2006 Feb;16 Suppl 1:3–63.
- [24] Wipfli BM, Rethorst CD, Landers DM. The anxiolytic effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis. *J Sport Exerc Psychol*. 2008 Aug;30(4):392–410.
- [25] Leckie RL, Manuck SB, Bhattacharjee N, Muldoon MF, Flory JM, Erickson KI. Omega-3 fatty acids moderate effects of physical activity on cognitive function. *Neuropsychologia*. 2014 Jul;59:103–11.
- [26] Boutcher SH. Cognitive performance, fitness and ageing. *Physical activity and psychological well-being*. 2000;118–29.



Merci de votre attention