



HAL
open science

Obstacles et facilitateurs de la pratique d'activité physique chez les personnes en surpoids ou obèses : étude qualitative auprès de patients et de leur médecin généraliste

Amandine Trancart-Petri

► **To cite this version:**

Amandine Trancart-Petri. Obstacles et facilitateurs de la pratique d'activité physique chez les personnes en surpoids ou obèses : étude qualitative auprès de patients et de leur médecin généraliste. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01925779

HAL Id: dumas-01925779

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01925779>

Submitted on 17 Nov 2018

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.

THESE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état)

**Obstacles et facilitateurs à la pratique d'activité
physique chez les personnes en surpoids ou
obèses :
étude qualitative auprès de patients et de leur
médecin généraliste**

Soutenue à la faculté de médecine de Nice le mardi 12 juin 2018

Par **Mme TRANCART-PETRI Amandine**

Née le 21 octobre 1990 à Colombes

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Christian PRADIER	Président du jury
Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER	Assesseur
Monsieur le Professeur Christian ROUX	Assesseur
Madame le Docteur Stéphanie BASTARD	Assesseur
Monsieur le Docteur Ianis MELLERIN	Directeur de thèse
Madame le Professeur Fabienne D'ARRIPE-LONGUEVILLE	Co-Directrice de thèse

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M DELLAMONICA Jean Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GRELLIER Patrick
M. BALAS Daniel	M. GRIMAUD Dominique
M. BATT Michel	M. HARTER Michel
M. BLAIVE Bruno	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BOQUET Patrice	M. JOURDAN Jacques
M. BOURGEON André	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GÉRARD Jean-Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GILLET Jean-Yves	M. ZIEGLER Gérard

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

À **Mr le Professeur Pradier**, pour avoir accepté de présider cette thèse, c'est pour moi un honneur.

À **Mr le Professeur Hofliger**, pour votre participation à ce jury. Merci d'être présent pour représenter cette belle spécialité que j'ai choisie d'exercer, la médecine générale.

À **Mr le Professeur Roux**, pour votre présence ce jour afin de juger mon travail et pour avoir accepté sans hésitation de participer à ce jury.

À **Mme le Docteur Bastard**, pour avoir accepté de faire partie du jury de ma thèse et pour ta gentillesse. Je garde un très bon souvenir de mon stage en diabétologie à Antibes et j'espère que nous pourrons travailler ensemble dans le futur.

À **Mr le Dr Mellerin**, directeur de thèse, pour m'avoir mise sur la piste de ce sujet et m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Merci d'avoir été si disponible. Je suis très heureuse d'être ta future associée.

À **Mme la Professeur D'Arripe-Longueville**, pour avoir accepté de co-diriger cette thèse et de m'avoir fait bénéficier de ton expérience et de tes conseils.

À **mon mari**, qui m'a fait le plus beau cadeau du monde.

À **ma famille, ma belle-famille et mes amis**, qui m'ont soutenue et accompagnée jusque-là.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	12
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	17
RESULTATS.....	21
I CARACTERISTIQUES DES POPULATIONS INTERROGÉES.....	21
A Caractéristiques des patients interrogés.....	21
B Caractéristiques des médecins interrogés.....	22
II ANALYSE THEMATIQUE	23
A Signification de l'activité physique pour les patients.....	23
B Obstacles identifiés par les patients et les médecins à la pratique d'activité physique	25
1 Les facteurs environnementaux.....	25
2 Les limitations physiques.....	27
3 Les facteurs psychologiques.....	29
C Les facilitateurs mis en évidence par les patients.....	33
1 Les facteurs individuels.....	34
2 Les facteurs socio-environnementaux.....	38
D Le rôle du médecin généraliste dans l'aide à la pratique d'activité physique.....	42
1 Aborder l'activité physique en consultation.....	42
2 Un rôle d'écoute, de compréhension et d'information.....	44
3 Les stratégies utilisées.....	47
4 Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes.....	49
DISCUSSION.....	50
I DISCUSSION DES RÉSULTATS ET COMPARAISONS AVEC LA LITTÉRATURE	50
II LIMITES DE L'ÉTUDE.....	57
III POINTS FORTS DE L'ÉTUDE.....	59
IV CONCLUSION ET MISES EN PERSPECTIVE DE L'ÉTUDE.....	59
RÉSUMÉ.....	61
BIBLIOGRAPHIE.....	62
ANNEXES.....	68
Annexe 1 : Fiche d'information pour le recrutement des patients.....	68
Annexe 2 : Caractéristiques des patient recrutés.....	69
Annexe 3 : Caractéristiques des médecins recrutés	69
Annexe 4 : Formulaire de recueil du consentement des patients.....	70
Annexe 5 : Guide d'entretien-patient.....	71
Annexe 6 : Guide d'entretien-médecin.....	73
SERMENT D'HIPPOCRATE	75

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a caractérisé d'épidémie l'augmentation de la prévalence de l'obésité à l'échelle mondiale (35). En France, la prévalence du surpoids (défini par un Indice de Masse Corporelle (IMC) >25) est de 32,3% et celle de l'obésité (définie par un IMC >30) est de 15% (36). Chaque médecin généraliste est donc amené quotidiennement à voir en consultation un patient en surpoids ou obèse. Il est toutefois à noter que les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon sont en dessous de la moyenne nationale (36).

La morbi-mortalité totale augmente avec l'IMC essentiellement à partir d'un IMC>28 (34) : un sujet obèse a un risque de morbi-mortalité cardiovasculaire 2,6 fois supérieur à un sujet de poids normal et un risque de mortalité toutes causes confondues 1,9 fois supérieur (26)(66) (67). De plus, un sujet obèse ayant un autre facteur de risque cardiovasculaire (FDRCV) (hypertension artérielle (HTA), tabagisme, diabète, hypercholestérolémie) a un risque de morbi-mortalité 5 fois supérieur aux sujets ayant ce facteur de risque mais ayant un poids normal (67).

Les conseils en activité physique font partie intégrante de la prise en charge recommandée du surpoids. La Haute Autorité de Santé (HAS) a rédigé des recommandations pour aider les médecins généralistes à prendre en charge ces patients. Elles consistent en la pratique d'une activité physique régulière, à hauteur de 2 heures 30 par semaine d'activité physique d'intensité modérée (34). L'activité doit être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes (56) (66). On peut formuler ces recommandations sous forme de nombre de pas : 150 minutes d'activité physique modérée par semaine correspondent à 15 000 pas par semaine, qui peuvent être répartis en 3000 pas par jour pendant cinq jours ou fractionnés en plusieurs séances avec un minimum de 1000 pas par séance (66). On parle là d'activité physique d'intensité modérée, apportant un bénéfice pour la santé. Il est important de noter que pour lutter contre les effets de la sédentarité, il est recommandé de réaliser au moins 10 000 pas par jour dans lesquels on peut inclure 3000 pas à une intensité modérée.

Les effets bénéfiques de l'activité physique ont été démontrés dans de nombreuses études : elle réduit la mortalité toutes causes confondues, la morbi-mortalité cardiovasculaire, le risque de diabète de type 2, d'HTA, de certains cancers (côlon, sein, endomètre, poumon), de

l'ostéoporose et elle est associée à une amélioration de l'état psychologique (35). La relation entre l'activité physique et la mortalité toute cause confondue est quantifiable : pour une pratique équivalente aux recommandations actuelles, la mortalité est diminuée de 20 à 30% (35) (41). Mais il n'est pas forcément nécessaire de pratiquer un sport ou une activité physique intense ou structurée. Les bénéfices sont proportionnels à la quantité d'activité plus qu'à son intensité (37) (41). La priorité est de limiter les comportements sédentaires et d'expliquer aux patients que même s'ils n'atteignent pas les objectifs recommandés, pratiquer un peu d'activité physique est déjà bénéfique. En effet, des bénéfices en termes de mortalité ont été démontrés dès 15 minutes d'activité physique par jour (4).

Il faut aussi savoir que ces recommandations ont un effet modeste sur le poids. La perte de poids attendue dans ce contexte ne sera que de 2,5 à 3 kilogrammes seulement. Pour un objectif de perte de poids plus important, il faudra pratiquer 300 minutes par semaine d'activité physique d'intensité modérée et surtout y associer des mesures diététiques (49).

L'inactivité physique est définie par une pratique inférieure à 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine. Cela concerne entre 20 à 50 % de la population adulte française (24) (37). L'inactivité physique est devenue le quatrième facteur de risque de mortalité dans le monde (6 % des décès), juste après l'HTA (13 %), le tabagisme (9 %) et un taux élevé de glucose dans le sang (6 %) (56). Elle est responsable de 10% des décès en Europe (24).

Être inactif multiplie par deux le risque de développer une maladie cardiovasculaire par rapport aux personnes actives. Les plus grandes différences de risque ont été trouvées entre les personnes complètement inactives et celles qui sont modérément actives (37). De plus, un faible niveau d'activité physique se cumule à un surpoids ou une obésité comme facteur prédictif de mortalité (67). Ce sont deux facteurs de risque indépendants : être actif diminue le risque de coronaropathie mais ne fait pas disparaître le risque lié au surpoids. Par ailleurs, avoir un poids normal ne fait pas disparaître le risque de coronaropathie lié à l'inactivité. Il est intéressant de noter que le risque de mortalité est multiplié par 3,44 pour un sujet obèse et inactif par rapport à un sujet actif et de poids normal, mais redescend à 2,48 chez un sujet obèse et actif (26). Il est donc aussi important d'évaluer le niveau d'activité physique pratiqué que les autres facteurs de risque d'un patient, encore plus chez les patients en surpoids et les obèses.

L'inactivité physique est à distinguer de la sédentarité, qui est définie comme un comportement associé à une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos, en position assise ou allongée, durant la période d'éveil (déplacements en véhicule automobile, position assise sans activité autre, ou à regarder la télévision, la lecture ou l'écriture en position assise, le travail de bureau sur ordinateur...) (1). Plus de la moitié des adultes passent plus de trois heures par jour devant un écran en dehors des heures de travail (53).

Le temps de sédentarité est lui aussi associé à une augmentation de l'incidence des maladies cardiovasculaires (1). Là encore les risques se cumulent, c'est-à-dire qu'une activité physique suffisante ne protège pas totalement des effets délétères de la sédentarité sur la santé (24).

De nombreux auteurs ont rédigé des synthèses de ces nouvelles recommandations sous forme de guide de prescription afin de promouvoir et de faciliter la prescription d'activité physique par le médecin généraliste à ses patients en général, et en particulier, au sujet en surpoids (48) (52) (62). Désormais, l'impact positif des activités physiques et sportives sur la santé est même officiellement reconnu. Ainsi, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé permet au médecin traitant de prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient atteint d'une affection de longue durée (ALD). Le décret du 30 décembre 2016 et l'instruction du 3 mars 2017 en déterminent les conditions de dispensation et de mise en œuvre. La prescription sera établie sur un formulaire spécifique dont un exemple est proposé en annexe dans la circulaire interministérielle du 3 mars 2017. Il s'agira d'une activité physique adaptée (APA) qui doit permettre d'adopter un mode de vie physiquement actif pour réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'ALD. La prise en charge sera personnalisée et progressive en termes de forme, d'intensité et de durée de l'exercice. Chaque structure engagée dans le dispositif pourra se manifester auprès des services de l'État (Agence régionale de Santé (ARS) et Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRDJSCS)). Un recensement de l'offre disponible d'APA doit être réalisé et sera rendu accessible à tous par les ARS et les DRDJSCS afin de permettre aux médecins traitants d'orienter leurs patients vers ces structures (54). Dans les Alpes Maritimes, Azur Sport Santé est le Centre de Ressources et d'Expertise reconnu par l'ARS PACA pour promouvoir le sport-santé et faire le lien entre patient, prescripteur et professionnel du sport, notamment à l'aide d'un référencement et d'une cartographie qui seront disponibles sur le site <http://agita.fr> (8).

Le décret laisse subsister quelques zones d'ombres quant au remboursement du sport sur ordonnance. En effet, la prescription et la dispensation de l'activité physique ne font actuellement l'objet d'aucun remboursement par l'assurance maladie. Néanmoins, certaines mutuelles proposent des dispositifs incitatifs de prise en charge sous certaines conditions et certaines collectivités ont emprunté une voie similaire. Strasbourg propose ainsi depuis 2012 la gratuité, pendant un an, des séances de sport sur ordonnance (45).

Malgré cela, les personnes en surpoids ou obèses restent parmi les plus inactives et sédentaires. En effet, plusieurs études ont montré un lien statistiquement significatif entre surpoids et inactivité physique, et entre surpoids et sédentarité. La revue de littérature de Bauman et al. (10) retrouve que le surpoids est un des principaux facteurs associés à l'inactivité physique. Une étude de Dishman et al. (22) recherchant quels facteurs étaient associés à la pratique d'activité physique a permis de mettre en évidence que le surpoids et l'obésité étaient associés à une faible pratique. Enfin, une étude ayant utilisé des accéléromètres pour mesurer objectivement la pratique d'activité (20) a montré que les sujets en surpoids avaient une activité physique moins importante que les sujets de poids normal la semaine mais aussi le week-end, ce qui suggère que les activités de la vie quotidienne sont aussi affectées par le surpoids.

Les déterminants de la pratique d'activité physique, c'est-à-dire les facteurs individuels ou environnementaux qui font que les personnes vont pratiquer ou non de l'activité physique, ont été identifiés dans la revue de littérature de Bauman et al. (10), reprise par l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES) dans son actualisation des repères du Plan National Nutrition Santé (PNNS) (1). Elle retrouve que les facteurs positivement associés à l'activité physique sont les suivants : le jeune âge, le sexe masculin, un bon état de santé, un niveau d'éducation élevé, une bonne compétence physique perçue, une bonne image de soi, le plaisir à pratiquer, les antécédents de pratique, le soutien social et un environnement favorable. Le rôle de l'environnement a aussi été étudié aux Etats-Unis par Sallis et Glanz (60), qui ont trouvé qu'avoir un environnement sûr et une bonne accessibilité à des équipements ou à des aires de loisirs a un impact positif sur la pratique.

La revue de littérature d'Allender et al. (2), a étudié les obstacles à la pratique : le manque de confiance en soi, la honte de son corps et l'isolement social en sont les principaux. Ces barrières sont à nuancer en fonction du groupe de population étudié. Par exemple chez les

personnes âgées, les limitations physiques sont les difficultés principales (59). Les diabétiques de type 2 rapportent surtout un manque de confiance, un manque de connaissance sur les conditions de pratique et un manque de conseils de la part des professionnels de santé (44). Les inactifs et les obèses rencontrent plutôt des problèmes de temps, de manque de motivation et d'expériences antérieures stigmatisantes (9) (14) (15) (47). L'étude d'Ekkekakis et al. (29) suggère que la faible participation des obèses à des activités physiques vient de leur absence de plaisir à pratiquer, qui est en lien avec l'intensité de l'activité pratiquée. Korkiakangas et al. (39) arrivent à la même conclusion dans leur population de diabétiques de type 2 : le bénéfice de la pratique ressenti par les patients n'est pas suffisant par rapport à l'effort qu'il demande, et cela surtout chez les patients en surpoids ou atteints de comorbidités. Les difficultés peuvent aussi être environnementales. En effet, plusieurs études (9) (44) (46) (47), ainsi que l'OMS (55), rapportent que le manque d'accès à des équipements, le manque d'espaces verts, un trafic routier important, la perception d'un manque de sécurité, de mauvaises conditions climatiques, une mauvaise qualité de l'air et un coût important peuvent entraver la pratique d'activité physique. Toutefois ces études ont toutes été réalisées à l'étranger, hors Union Européenne, et le problème de la transposabilité de leurs résultats à la population française se pose.

Justification de l'étude

Malgré les multiples preuves des effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé et la réduction du risque cardiovasculaire qu'elle peut apporter aux sujets en surpoids ou obèses, ceux-ci sont généralement insuffisamment actifs au regard des recommandations. L'élaboration de recommandations claires et précises par les autorités de santé reprises dans plusieurs guides d'aide à la prescription et la mise en place du sport sur ordonnance n'ont pas permis de changer significativement la situation.

Nous nous sommes questionnés ainsi sur les raisons de cette inactivité au sein de la population d'adultes en surpoids ou obèses vivant dans le Sud-est de la France. Nous nous sommes également demandés pourquoi l'action des médecins, notamment des médecins généralistes, restait si peu efficace dans ce domaine. À partir de cette réflexion est née l'idée de cette étude : nous avons cherché à savoir si les obstacles rencontrés par ces patients étaient bien perçus par les médecins généralistes. En effet, si les médecins comprennent pourquoi ces patients à risque pratiquent peu d'activité, ils seront plus disponibles pour les aider à surmonter d'éventuelles difficultés et leur proposer des solutions.

Notre objectif était donc d'identifier les obstacles ressentis à la pratique d'activité physique par les personnes en surpoids ou obèses du point de vue des patients et des médecins généralistes. Nos objectifs secondaires étaient d'identifier les facilitateurs à la pratique d'activité physique et de préciser le rôle du médecin généraliste dans l'aide à la pratique au sein de cette population.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative et descriptive, réalisée par entretiens individuels semi-directifs. Une étude qualitative évalue notamment des opinions, croyances ou sentiments de personnes ou de petits groupes de personnes sur un sujet clairement délimité (51). La recherche qualitative explore des perceptions dans une logique descriptive et compréhensive. Elle est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs et difficiles à mesurer. Elle cherche à recueillir des données permettant ensuite une démarche interprétative (7). Le choix de ce type d'étude était justifié par le caractère exploratoire, situé et contextualisé de l'étude. L'objectif était de comprendre un contexte en recueillant un maximum d'opinions et non de tester expérimentalement une hypothèse à partir d'un modèle prédéfini.

L'entretien semi-directif laisse à l'interviewé un espace assez large pour donner son point de vue. Il peut répondre en toute liberté. Le rôle de l'interviewer dans ce type d'entretien est d'encourager le participant à parler et donner davantage d'information sur la thématique de sa recherche, tout en recentrant le dialogue afin de ne pas perdre de vue l'objectif qu'il s'est fixé (13). Les entretiens semi-directifs comportent des questions à réponses ouvertes, rédigées sous la forme d'un guide comportant des thématiques, avec des questions principales et des prévisions de relances éventuelles. Le cheminement des questions peut s'adapter au fil de la discussion car l'entretien est réalisé dans le cadre d'un dialogue avec le participant, sans être trop systématisé (7). Nous avons décidé de réaliser des entretiens semi-directifs dans le but d'aborder chez tous les participants un socle commun de thèmes définis préalablement et pertinents pour notre recherche, tout en laissant la possibilité à de nouvelles questions d'émerger en fonction de la logique de chaque participant.

Nous avons choisi la méthode d'entretiens individuels qui est plus chronophage mais qui permet d'aborder des sujets plus délicats, afin de favoriser la libre expression des participants. En effet, certains thèmes auraient pu être difficiles à aborder pour des sujets en surpoids ou obèses dans le cadre de focus group.

Population étudiée

Le recrutement a été réalisé selon un échantillonnage à variation maximale afin de représenter un maximum de points de vue différents sur notre sujet. La diversité des perceptions, expériences et pratiques était recherchée.

Les patients inclus devaient être adultes (avoir plus de 18 ans) et être en surpoids (IMC>25) ou obèse (IMC>30). Les médecins inclus devaient être des médecins généralistes installés, en activité et exerçant en mode libéral.

Une recherche bibliographique préalable a permis de mettre en évidence des variables relatives au patient et au médecin pouvant influencer la pratique d'activité physique (1) (10) (35) (37). A partir de ces variables nous avons caractérisé les populations incluses :

- les patients étaient caractérisés selon leur âge, leur sexe, leur IMC, leur situation familiale, leur niveau de revenus, leurs antécédents médicaux et le nombre de consultations chez leur médecin généraliste par an.
- Les médecins étaient caractérisés selon leur âge, leur sexe, leur IMC, leur niveau d'activité physique (selon le questionnaire de Ricci et Gagnon), le nombre d'années d'installation et leurs connaissances des recommandations concernant la pratique d'activité physique.

Le recrutement des patients a eu lieu dans un cabinet médical de groupe à Biot, par le biais d'une fiche d'information sur l'objet de l'étude, qui leur était remise par leur médecin, par l'enquêtrice lors de remplacements, ou par la secrétaire du cabinet, et sur laquelle les patients indiquaient leurs coordonnées s'ils souhaitaient participer. Dans ce cas, ils étaient rappelés par l'enquêtrice afin de leur expliquer plus précisément l'étude et de convenir d'un rendez-vous au lieu et date de leur choix pour réaliser l'entretien.

Les médecins ont été recrutés dans ce même cabinet médical, ainsi que dans un cabinet situé à Valbonne-Sophia Antipolis. Ils ont été recrutés par mail ou par téléphone afin de savoir s'ils souhaitaient participer, et si tel était le cas, les entretiens se déroulaient à leur cabinet à la date de leur choix.

Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré à partir d'une réflexion basée sur les données bibliographiques disponibles sur le sujet. Il comportait trois parties principales : (a) les obstacles à la pratique d'activité physique, (b) les éléments motivationnels à la pratique, et (c) le rôle du médecin généraliste dans l'aide à la pratique. Le guide d'entretien destiné aux patients comportait une partie supplémentaire explorant la représentation qu'ils se faisaient de l'activité physique, leur niveau d'activité physique et leurs conditions de pratique ou de non-pratique. Chaque partie était divisée en plusieurs questions, avec des relances possibles pour chacune si le participant ne répondait pas de manière assez précise à la question initiale. Il comportait des questions ouvertes, les plus neutres possibles, pour ne pas influencer la réponse du participant. Le guide a été validé par le directeur de thèse et la co-directrice de thèse.

Le guide-patient a ensuite été testé lors d'un premier entretien-pilote avec un patient, et conservé. De la même manière, le guide-médecin a été testé puis conservé après un premier entretien-pilote avec un médecin. Aucun ajustement n'a été réalisé au cours des entretiens.

Réalisation des entretiens

Les entretiens se déroulaient au lieu et à la date choisis par le participant, le rendez-vous étant convenu par téléphone ou par mail. Au début de l'entretien, l'objectif et le déroulement de l'étude étaient rappelés aux participants et le consentement écrit des patients était recueilli. L'anonymat était garanti en numérotant les entretiens. Le recueil des données socio-démographiques et anthropométriques selon les caractéristiques précitées (1) (10) (35) (37) était effectué. Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un enregistreur numérique puis retranscrits verbatim au fur et à mesure de leur réalisation. La durée des enregistrements était en moyenne de 35 minutes pour les entretiens patients et de 19 minutes pour les entretiens médecins.

Le recueil s'est poursuivi jusqu'à saturation qualitative des données. La saturation désigne le phénomène par lequel le chercheur juge que les dernières observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel (57).

Analyse des données

L'analyse a commencé dès le premier entretien, à partir des verbatim et des enregistrements. Le principe de l'analyse était thématique : l'analyse de chaque entretien a permis de mettre en évidence des grands thèmes, qui ont ensuite été divisés en sous-catégories. Chaque entretien a ensuite été relu avec la grille de catégories et de sous-catégories afin de la compléter.

L'analyse thématique, ou inductive, se définit comme un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives en étant guidé par les objectifs de recherche. Elle repose essentiellement sur la lecture détaillée des données brutes pour faire émerger des catégories à partir des interprétations du chercheur qui s'appuie sur ces données brutes. Elle se prête particulièrement bien à l'analyse de données portant sur des objets de recherche à caractère exploratoire, pour lesquels le chercheur n'a pas accès à des catégories déjà existantes dans la littérature (12).

En comparaison, l'analyse déductive vise à tester si les données collectées sont cohérentes avec les hypothèses ou les théories identifiées préalablement par le chercheur. Ainsi, avec l'analyse inductive le chercheur aboutit à une idée par généralisation à l'aide d'un raisonnement qui consiste à passer du spécifique au général, alors qu'avec l'analyse déductive il va aboutir à une idée par vérification à partir d'un cadre théorique préétabli (12).

Ici l'analyse était à la fois déductive, par la réalisation du guide d'entretien à partir des données de la littérature préexistante, et inductive, par la mise en évidence de catégories après lecture de chaque entretien.

Une seconde analyse par le directeur de thèse a permis d'obtenir une triangulation. La triangulation se définit comme une démarche où l'on croise différentes approches d'un objet de recherche, dans le but d'augmenter la validité et la qualité des résultats obtenus. La triangulation peut avoir lieu à différents niveaux (3) (21) (30) (31) :

- La triangulation théorique correspond au fait d'utiliser plusieurs modèles d'analyse pour expliquer les phénomènes observés.

- La triangulation méthodologique est accomplie si différentes méthodes sont mises en œuvre dans la recherche.
- La triangulation de l'investigation implique la participation de plusieurs chercheurs, qui observent les mêmes phénomènes. Dans notre étude, l'analyse des entretiens a été réalisée par deux chercheurs différents, et une troisième personne a procédé à un « member-checking ».
- La triangulation des données se réalise par le recueil de données à différents moments, lieux ou auprès de différentes personnes ou groupes de personnes. Dans notre étude, nous avons interrogé deux groupes de personnes différents, des patients et des médecins, et nous avons utilisé des données issues de différentes sources littéraires.

RESULTATS

I CARACTERISTIQUES DES POPULATIONS INTERROGÉES

A Caractéristiques des patients interrogés

Les caractéristiques des patients interrogés sont présentées dans le tableau 1. Au total, neuf patients ont été inclus dans l'étude. Les entretiens ont eu lieu entre le 7 novembre 2017 et le 28 décembre 2017, au cabinet médical de Biot pour sept d'entre eux et au domicile du patient pour deux autres, à Biot et à Roquefort les Pins.

56% des patients étaient obèses et 44% étaient en surpoids. 67% des patients étaient de sexe masculin et 33% de sexe féminin. L'âge moyen était de 60,8 ans. Le plus jeune avait 38 ans et le plus âgé avait 81 ans. 22% des patients vivaient seuls, 78% vivaient en couple et 33% avaient des enfants à charge. 56% des patients étaient retraités. 67% des patients avaient un niveau de revenu > 30 000 euros par an et 33% entre 15 000 et 30 000 euros par an.

78% des patients présentaient au moins un facteur de risque cardiovasculaire autre que le surpoids et 67% déclaraient avoir une pathologie de l'appareil locomoteur. Le nombre de consultations annuelles chez leur médecin traitant variait de un à dix, avec une médiane à quatre.

Tableau 1 – Caractéristiques des patients interrogés

Caractéristiques des patients	Pourcentage (%)
Age	
20-30 ans	0%
30-40 ans	11%
40-50 ans	11%
50-60 ans	33%
>60 ans	44%
âge moyen = 60,8 ans	
Sexe	
masculin	67%
féminin	33%
IMC	
25-30	44%
>30	56%
Situation familiale	
célibataires	22%
mariés	78%
avec enfants à charge	33%
Catégorie Socioprofessionnelle	
Artisans, commerçants, chefs d'entreprises	22%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	56%
Employés qualifiés	22%
Retraités toutes catégories confondues	56%
Revenus	
<15 000 euros/an	0%
15 000-30 000 euros/an	33%
>30 000 euros/an	67%
Antécédents médicaux	
FDRCV associés	78%
Pathologie de l'appareil locomoteur associée	67%
Nombre de consultations chez le médecin généraliste	
1-3 /an	33%
3-6 /an	56%
>6 /an	11%
Médiane = 4	

B Caractéristiques des médecins interrogés

Les caractéristiques des médecins interrogés sont présentées dans le tableau 2. Six médecins généralistes installés ont été inclus dans l'étude. Les entretiens ont eu lieu entre le 15 et le 18 janvier 2018, au cabinet médical de Biot pour quatre d'entre eux et à Valbonne - Sophia Antipolis pour deux autres.

83% des médecins étaient considérés de poids normal et actifs selon le test de Ricci et Gagnon et 17% étaient en surpoids et considérés comme inactifs. Il y avait 50% de médecins de sexe masculin et 50% de sexe féminin. L'âge moyen était de 48,6 ans. Le plus jeune avait 30 ans et

le plus âgé avait 64 ans. Le nombre d'années d'installation variait de 2 à 33 ans. 100% des médecins interrogés préconisaient la marche rapide à leurs patients.

Tableau 2 – Caractéristiques des médecins interrogés

Caractéristiques des médecins	Pourcentage (%)
Age	
20-30 ans	17%
30-40 ans	17%
40-50 ans	0%
50-60 ans	33%
>60 ans	33%
âge moyen = 48,6 ans	
Sexe	
masculin	50%
féminin	50%
IMC	
<25	83%
>25	17%
Niveau d'activité selon Ricci et Gagnon	
Actifs (score >20)	83%
Inactifs (score <20)	17%
Nombre d'années d'installation	
1 – 10	33%
10 – 20	0%
20 – 30	33%
>30	33%

II ANALYSE THEMATIQUE

A Signification de l'activité physique pour les patients

Les principaux thèmes identifiés sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3 – Signification de l'activité physique pour les patients

Thème	Nombre de participants (n=8)
Effort	n=7
Loisir	n=7
Vie quotidienne	n=5
Apprentissage et découverte	n=3
Sport	n=2
Bénéfices pour la santé	n=2
Travail	n=1

Pour la majorité des patients interrogés, l'activité physique était surtout synonyme d'effort :

« C'est fournir un effort » (P1, P9)

« Ça signifie me dépenser, m'activer, marcher » (P3)

« C'est l'opposé d'être sédentaire » (P5)

Certains précisait la notion d'intensité avec la nécessité de « *transpirer* » (P1, P7, P9), d'« *aller un petit peu au bout de vous-même* » (P9).

Quelques-uns l'intégraient à leur vie quotidienne :

« Pour moi, l'activité physique elle est induite par notre manière de vivre » (P5)

Y compris au travail :

« L'activité physique ça peut être dans le cadre de mon travail, quand je décharge mon camion » (P6)

Pour d'autres, c'était plutôt synonyme d'activité sportive :

« Un effort qui n'est pas celui du travail, ou de la vie courante, c'est s'habiller en short et baskets et transpirer pendant 1h/1h30 » (P6)

Beaucoup faisaient le lien également avec une activité de loisir :

« C'est un équilibre, une nécessité et un loisir » (P2)

« Je me fais plaisir » (P5, P6)

Ils attribuaient aussi des vertus d'apprentissage et de découverte à l'activité physique :

« Apprendre des choses sur l'état de son corps » (P1)

« Découvrir des choses et puis élargir un peu ses connaissances » (P2)

« S'évader, faire autre chose, quelque chose de nouveau » (P7)

Seulement deux patients l'associaient à un effet bénéfique pour la santé :

« Mon père a eu un cancer et il marche beaucoup. Je pense que le sport joue beaucoup dans les non récidives » (P5)

« Pour les diabétiques, ça permet de réguler le diabète. Pour les personnes âgées, ça permet de rester autant que possible alerte, en forme. Pour les jeunes, ça permet d'apprendre à développer un effort, et de se préparer une santé, un bon terrain pour vieillir » (P9)

B Obstacles identifiés par les patients et les médecins à la pratique d'activité physique

Les obstacles identifiés par les patients et les médecins sont résumés dans le tableau 4.

Tableau 4 – Obstacles à la pratique d'activité physique

Thèmes identifiés		parmi les patients	parmi les médecins
Facteurs environnementaux			
Organisation de la vie quotidienne	Pratique à heures fixes	n=2	n=0
	Obligations familiales	n=4	n=3
	Obligations professionnelles	n=5	n=4
Évolution du mode de vie	Société de consommation	n=0	n=1
	Sédentarisation du travail	n=0	n=2
Autres facteurs	Offre de soins inadaptée	n=3	n=0
	Conditions climatiques	n=4	n=0
	Coût	n=0	n=1
Limitations physiques			
Douleurs de l'appareil locomoteur	Lombalgies	n=2	n=0
	Gonalgies	n=1	n=2
	Pathologies associées	n=2	n=0
Déconditionnement à l'effort	Essoufflement	n=4	n=3
Facteurs psychologiques			
Absence de motivation à pratiquer	Absence de plaisir à pratiquer	n=2	n=1
	Manque d'habitude	n=2	n=2
	Manque d'envie	n=5	n=2
Absence de prise de conscience des enjeux de l'activité physique	Méconnaissance des risques du surpoids	n=1	n=1
	Méconnaissance des bienfaits de l'activité physique	n=0	n=1
	Objectifs incohérents	n=2	n=3
Perception du soi physique	Expériences antérieures stigmatisantes	n=3	n=5
	Perception de faibles compétences	n=2	n=3
Troubles psychologiques et affectifs négatifs	Souffrance psychologique et dépression	n=1	n=3
	Peur de se blesser	n=4	n=0
	Anxiété physique sociale	n=3	n=5

1 Les facteurs environnementaux

- L'organisation de la vie quotidienne

Pour certains patients, la programmation à heures fixes de l'activité physique, notamment en association ou en club, était ressentie comme une véritable contrainte, une obligation, qui allait les amener à rejeter l'activité :

« Le fait d'être obligé de partir tel jour à telle heure ... J'aurais pas envie de y aller, ça deviendrait plus une corvée qu'un plaisir » (P3)

Au cours des entretiens, aucun médecin n'a relevé cette contrainte.

Le manque de temps, et en particulier la difficulté à intégrer l'activité physique dans l'organisation de leur vie quotidienne, était un des principaux obstacles à la pratique. Pour certains, notamment les femmes, c'étaient leurs obligations parentales qui les occupaient le plus :

« J'ai le boulot toute la journée, le soir je m'occupe des enfants, alors le soir je ne sors pas. » (P5)

Pour d'autres, cette fois surtout les hommes, c'étaient leurs obligations professionnelles :

« J'ai un travail et que je ne veux pas non plus que ça devienne une obligation » (P1)

« On n'a pas le temps, on est fatigués quand on rentre du boulot... » (P2)

« C'est vrai que se dégager du temps n'est pas forcément évident selon la profession, la vie que l'on a. » (P6)

- L'évolution du mode de vie

Pour un médecin, c'était aussi le contexte dans lequel nous vivons actuellement en France qui favorise l'inactivité. Selon lui, il y a plus de promotion de la consommation même si elle peut être nuisible à la santé, que de sensibilisation à la prévention et aux bienfaits de l'activité physique :

« On n'est pas aidés ! On doit toujours tout réparer, alors qu'à la télé ils montrent sans cesse des biscuits, des trucs, manger ci manger ça. Et en petit, « attention manger 5 fruits et légumes par jour ». C'est la société de consommation qui est là pour consommer. Donc ils sont pris un peu au piège. » (M1)

Associé à cela, ce médecin dénonçait la sédentarisation liée au travail car beaucoup d'emplois consistent à se retrouver immobile derrière un bureau ou un écran d'ordinateur :

« Ils sont sédentaires, de par le métier, plantés devant un ordinateur » (M1)

Aucun patient n'a abordé ce thème au cours des entretiens.

- Autres facteurs environnementaux

Une patiente rapportait un sentiment d'échec lié à une offre de soins inadaptée. Elle ne pouvait pas pratiquer de la gymnastique dans un cours « standard », même avec des personnes

du même âge, elle avait besoin d'une activité physique adaptée à son état de santé :

« Dans les cours de gym, c'est intensif, mais c'est trop dur pour moi ! Je n'y arrive pas comme les autres. » (P4)

Mais les patients se sentaient aussi incompris par les professionnels impliqués. Le manque d'accompagnement médical et de conseils de la part des professionnels pouvait les conduire à des croyances qui allaient influencer négativement leur pratique. P4 avait souffert de mauvaises pratiques de la part d'un coach :

« Personne ne comprend quand je dis que j'ai une polyarthrite. On me répond que oui mais il faut aller au-delà ! »

P5 et P6 avaient eu le sentiment que les professionnels médicaux ne cherchaient pas à les comprendre et n'avaient pas les mêmes objectifs qu'eux :

« J'ai un médecin qui m'avait dit « il faut que tu arrêtes de faire de la course à pied, tu es trop stressée, il faut que tu te mettes au yoga ». Peut-être, sauf que le yoga ça ne va pas me faire perdre de poids ! » (P5)

« Quand on vous dit que vous êtes en surpoids et qu'on se contente de vous dire « bon il va falloir avoir une activité physique ou penser à manger plus sainement », en gros on vous dit : bon j'en ai rien à foutre de la raison pour laquelle tu es comme ça. » (P6)

Quatre patients pratiquant des activités en extérieur signalaient qu'ils pratiquaient moins en hiver à cause des conditions climatiques.

Un médecin a relevé le coût de l'adhésion à une salle de sport ou à une association sportive comme potentiel frein à la pratique. Cet obstacle n'a pas été abordé par les patients au cours des entretiens.

2 Les limitations physiques

- Les douleurs de l'appareil locomoteur

Cinq patients se sentaient limités fonctionnellement sur le plan locomoteur, et cela impactait négativement leur pratique d'activité physique, car le surpoids entraîne une surcharge importante sur les articulations et peut provoquer des douleurs et une accélération du

vieillesse de l'articulation, notamment au niveau rachidien et des membres inférieurs.

Pour P1 et P7, c'était les lombalgies :

« J'ai déjà raté une séance de kung-fu parce que j'avais mal au dos » (P1)

« J'ai mal au dos, j'ai un problème de lombaires, donc ça me fait vite mal après, je ne peux pas tout faire. » (P7)

P6 souffrait de gonalgies :

« J'ai eu des douleurs aux genoux et il s'avère que j'ai les cartilages rotuliens très abîmés. ».

Pour deux autres patients, des pathologies associées les limitaient :

« Je suis moins mobile, (...) à cause de mes problèmes de santé, surtout mon Parkinson » (P2)

« Je ne peux pas bouger les bras comme je veux du fait de la polyarthrite. » (P4)

Cet obstacle était identifié par la moitié des médecins interrogés :

« Les douleurs articulaires engendrées par l'obésité. Il y en a des gens qui ont des pathologies aux chevilles, genoux, hanches » (M1)

« Avec un poids comme ça, ils ont des problèmes articulaires. » (M2)

« Très souvent quand ils sont obèses, ils ont des douleurs articulaires, au niveau du genou. » (M3)

Pour M3, c'était un vrai obstacle à la prise en charge et à l'accompagnement à la pratique d'activité physique, parce que :

« C'est le serpent qui se mord la queue : vous avez de douleurs parce que vous êtes en surpoids, or pour perdre du poids il faut bouger et ça provoque des douleurs. »

- Le déconditionnement à l'effort

Pour les patients qui avaient essayé de pratiquer de l'activité physique, le déconditionnement à l'effort lié au surpoids, qui se manifestait essentiellement par un essoufflement, avait été une véritable difficulté à maintenir leur motivation :

« J'ai essayé de courir, mais j'étais toujours essoufflée » (P4)

« Courir à 120kg quand on a fumé toute sa vie et qu'on a une hygiène de vie déplorable, c'est insoutenable. » (P6)

« Actuellement le premier obstacle, c'est mon poids, parce que c'est plus difficile ! »
(P9)

Cet obstacle était bien identifié par les médecins, quatre sur six en parlaient :

« Ils te disent « j'ai essayé de courir, mais quand je cours je m'étouffe au bout de 5min. » » (M3)

« Démarrer avec du surpoids, c'est ingrat et dur au début. Et ça c'est un frein hein, quand les premières fois tu souffres... » (M5)

« Rapidement ils vont se retrouver essouffés, douloureux. Ça va être quelque chose de très laborieux, aussi bien physique que mental » (M6)

3 Les facteurs psychologiques

- L'absence de motivation pour l'activité physique

Six patients disaient ne pas avoir envie de pratiquer une activité physique. Pour P5 et P6, c'était lié à l'absence de plaisir qu'ils éprouvaient à pratiquer de l'activité physique :

« Je déteste courir, mais je sais que si je ne cours pas, je prends du poids. » (P5)

« À chaque fois que je faisais du sport c'était par contrainte... donc je n'arrivais pas à m'épanouir ! Je n'éprouvais aucun plaisir. » (P6)

Selon les médecins, les patients n'avaient pas envie de faire du sport par manque d'habitude :

« L'activité physique si tu en as toujours fait, c'est un vrai manque. Alors que si on t'a poussé, tu n'en as jamais trop fait, ça va pas te manquer » (M1)

« Je pense que la première contrainte c'est ça, ils n'ont pas le déclic, leur manque de culture du sport. » (M5)

Pour M2, si on veut les habituer à pratiquer, « il faut leur faire prendre plaisir à faire du sport. »

Quatre patients reconnaissaient qu'ils utilisaient le manque de temps comme excuse et que le véritable frein était le manque d'envie :

« Si j'avais l'envie je trouverais le temps, je le reconnais. » (P7)

« C'est un manque de temps... mais c'est peut-être une mauvaise excuse, je vais être honnête. C'est vrai que c'est peut-être un manque d'envie » (P8)

« On peut toujours trouver, si on a envie, un peu de temps pour faire du sport. Je crois que c'est surtout, comment dire...., un manque de motivation ou de volonté ! » (P9)

Pour P2 et P3, la difficulté était de faire le premier pas :

« C'est la réalisation, le fait de passer à l'acte, se décider à sortir de chez soi pour le faire, c'est ça qui est difficile. » (P2)

« Peut-être que c'est le fait de sortir, de partir de la maison... Le fait de faire le premier pas pour aller m'inscrire. » (P3)

C'est également cette idée qu'on retrouvait dans les entretiens des médecins. Pour ces derniers, le problème n'était pas réellement le manque de temps, mais plutôt un problème d'envie, de motivation :

« La première raison c'est « j'ai pas le temps ». Parce que tu organises ton temps en fonction de tes besoins, tes envies, ta culture. C'est souvent un faux argument, ils n'ont pas le temps parce qu'ils ne prennent pas le temps. » (M5)

- L'absence de prise de conscience des enjeux de l'activité physique

Pour P7 « le fait d'être relativement bien portant » ne l'incitait pas à modifier sa pratique. Cet argument était surtout repris par les médecins, qui constataient que les patients en surpoids ou obèses avaient une méconnaissance des conséquences de leur surpoids sur leur santé, et des bienfaits de l'activité physique dans leur cas :

« Le sport c'est le dernier de leur problème quoi, ils sont un peu dans le déni. » (M2)

Les médecins étaient aussi confrontés au fait que les patients avaient des objectifs incohérents et étaient surtout préoccupés par leur poids :

« Il n'y en a aucun qui va prendre l'activité physique pour le côté bien être à la fin de la séance. C'est pas ça qui les motive parce que eux ce qui leur importe c'est le poids ! » (M2)

- Les difficultés liées à la perception du soi physique

Des patients avaient souffert d'expériences stigmatisantes dans un contexte d'activité sportive

et cela les avait profondément marqués :

« Quand j'ai fait du sport avec mon frère, on a fait quelques exercices, il était mort de rire parce que j'avais du mal ! Je suis persuadée que ce n'était pas méchant mais j'y pense tout le temps depuis. » (P5)

« Les jeunes ne vous font pas de cadeaux quand vous êtes en surpoids, vous êtes vite montré du doigt. » (P6).

Cette stigmatisation pouvait aussi venir du corps médical :

« A chaque fois que j'allais faire un bilan chez un médecin, on me pesait, on me disait systématiquement « vous êtes en surpoids, il va falloir songer à ... ». Ça me ramenait à l'idée que j'avais de moi, mais je ne trouvais pas la motivation. » (P6)

Cinq médecins ont identifié ce complexe lié à l'apparence physique des patients :

« D'aller à la piscine, ça les gêne énormément. » (M1)

« Je pense que c'est leur aspect physique qui les gêne souvent, ils n'osent pas exposer aux autres. » (M2)

« Souvent ils disent, « oui les salles, il y a du monde, je suis pas à l'aise avec mon corps » (M3)

« Tu vas jamais voir un obèse se mettre en maillot de bain s'il n'est pas prêt. » (M4)

M1 pensait que cette idée était aggravée par la société dans laquelle nous vivons :

« On n'est pas aux Etats Unis, en France ici il y a un sens de l'esthétique assez poussé. Et quand on voit dans les magazines, les femmes sublimes ou les mecs bodybuildés, ça aide pas. »

Il existait aussi une perception de faibles compétences par ces patients. Pour P5 et P6 le fait de se comparer à d'autres personnes qui n'avaient pas les mêmes difficultés physiques renforçait leur sentiment d'infériorité et leur auto-dévalorisation :

« La honte de ne pas y arriver, faire une performance pourrie, qu'on se moque de moi, je dirais même que c'est l'obstacle numéro 1. » (P5)

« Je ne me suis pas intéressé à cela (courir en groupe) car je pensais ne pas avoir le niveau, et je courais de façon solitaire. » (P6)

M5 reconnaissait cette difficulté :

« En salle, déjà tu as l'image des autres, pas simple ! Deuxièmement, je crois qu'il y a

encore plus de compétitivité, les gens ils passent, ils ne font qu'une chose, regarder combien tu pousse, ils ricanent presque. »

Pour les médecins, il existait une forme de fatalisme chez certains patients:

« Ils disent qu'ils savent qu'il faut faire mais ils ne le font pas quoi... » (M2)

« Je pense qu'il y en a qui sont aussi assez fatalistes par rapport à leur surpoids, à leur obésité. » (M3)

« Je pense que leur statut s'impose un petit peu, comme les empêchant de bouger les habitudes. C'est pour eux une marche trop grande, ça ne leur paraît plus accessible. » (M6)

- Les troubles psychologiques et affects négatifs

Pour trois médecins l'obésité cachait une souffrance psychologique plus profonde, et l'activité physique n'était qu'un aspect de la prise en charge, qui n'était pas ressenti par les patients comme une priorité. Dans ce sens, une patiente a évoqué la dépression comme obstacle à sa motivation :

« Je ne m'occupais plus de moi, moi je n'étais pas importante, Après ça je n'ai plus eu envie de sortir, de faire des choses, je n'ai plus fait de sport. » (P3)

M1 pensait qu' « ils ont besoin de compenser quelque chose ». M4 pensait qu'il fallait aller chercher la raison de ce surpoids dans le passé des patients si on voulait pouvoir les aider :

« Dans l'obésité, le problème il est psychiatrique, ils ne mangent pas pour rien, il y a un problème de fond. Parce que quand tu remontes l'histoire, tu trouves des choses horribles, et tu comprends pourquoi ils bouffent. Ils enfouissent. »

Enfin pour M6 il était important de faire comprendre au patient que la prise en charge était pluridisciplinaire et que même si l'activité physique n'était pas l'ultime solution thérapeutique, elle faisait partie du plan :

« C'est pas en faisant du sport qu'ils vont régler tous les problèmes ! C'est un parcours qui nécessitera un suivi, de mettre en place des partenaires qui vont les accompagner durant leur parcours. Il ne faut pas qu'ils aient l'impression que ce soit une démarche isolée. »

Trois patients signalaient avoir peur de se blesser en pratiquant certains types d'activité physique :

« Pratiquer une activité intensive ça pourrait peut-être corriger quelque chose, mais ça me ferait mal ailleurs, c'est ça l'impression que j'ai. » (P7)

« Si je faisais de la course, là je me mettrais en danger point de vue santé, par rapport au cœur, aux articulations ... » (P8)

« Si je me mets à courir ce n'est pas bon pour les articulations. Et pour le cœur, je pense qu'il vaut mieux faire de la marche ou de la natation, un sport moins violent. » (P9)

Pour une patiente, c'était une expérience antérieure négative qui la freinait :

« Du vélo j'en ai fait des années d'ailleurs, maintenant je n'ose plus, j'ai peur de tomber ! Parce que je suis tombée une fois, c'est depuis que je suis tombée que je n'ose plus » (P4)

Deux patients éprouvaient une anxiété physique sociale qui les empêchait de pratiquer des activités collectives :

« Tant que je n'ai pas réglé le problème de l'image de moi, je ne peux pas associer l'activité sportive à une activité de groupe. » (P5)

« les gens vous regardent...enfin vous renvoient une mauvaise image de vous-même... » (P6)

P6 se sentait différent, à l'écart et en souffrait :

« Vous voyez toutes les difficultés que vous avez à faire quelque chose de simple, quelque chose qui est censé être plaisant et ça vous ramène toujours à l'image que vous êtes totalement différent. »

C Les facilitateurs mis en évidence par les patients

Les facilitateurs identifiés par les patients sont résumés dans le tableau 5.

Tableau 5 – Facilitateurs de la pratique d'activité physique

Thèmes identifiés		Effectif
Facteurs individuels		
Recherche de bien-être physique	Sensation de bonne forme	n=2
	Amélioration de la qualité de vie	n=6
Recherche de bien-être psychologique	Plaisir à pratiquer	n=4
	Équilibre personnel	n=3
	Atteinte d'objectifs personnels	n=3
Accomplissement personnel	Recherche de perte de poids	n=3
	Amélioration de l'image de soi	n=2
Rôle du mode de vie	Rôle de l'éducation	n=3
	Évènements de vie	n=2
	Rôle d'un animal de compagnie	n=2
Facteurs socio-environnementaux		
Accessibilité	Flexibilité horaire et géographique	n=4
	Nature de l'activité	n=2
Encadrement	Pratique structurée	n=3
	Aide d'un professionnel	n=3
Aspect social	Effacement des inégalités	n=2
	Soutien social	n=3
	Convivialité	n=3

1 Les facteurs individuels

- La recherche de bien-être physique

Plusieurs patients actifs remarquaient une sensation de bonne forme physique après avoir fait de l'activité physique :

« On se sent beaucoup mieux après, on se sent plus en forme » (P4)

« Quand vous vous arrêtez, vous vous sentez vraiment bien » (P6)

Finalement, c'était l'amélioration de leur qualité de vie que recherchaient les patients. Il faut différencier toutefois ceux pour qui cela a été un véritable élément motivationnel, de ceux qui ont remarqué secondairement l'amélioration de certains paramètres. Seuls quelques-uns ont pratiqué de l'activité physique initialement dans ce but :

« Je fais de l'activité physique pour mon corps. Ça me permet de pouvoir travailler correctement, de ne pas me sentir trop lourd » (P1)

« Je ne veux surtout pas être dépendante comme l'a été ma mère, et c'est pour ça que j'essaye de bouger et de perdre du poids » (P4)

« J'ai vraiment besoin de me régénérer les cellules grises, en faisant le vide et comme ça après ça repart » (P7)

Les autres ont vu leur motivation entretenue par une amélioration de leur vie quotidienne qu'ils n'avaient pas forcément anticipée en se mettant à pratiquer :

« On respire mieux, on dort mieux » (P2)

« Pour faire certains trajets, maintenant je me rends compte que je mets beaucoup moins de temps que l'année dernière, c'est plus facile » (P4)

« Je dors beaucoup mieux. Je respire mieux aussi, je ne ronfle plus. J'avais beaucoup de problèmes gastriques et intestinaux aussi, j'étais plutôt constipé. La course à pied ça accélère le transit. J'ai remarqué que j'ai plus de libido aussi, ça l'a accentué » (P6)

« Ma femme me disait avant que je faisais des apnées du sommeil, maintenant je n'en fais pratiquement plus, je m'endors mieux » (P9)

- La recherche de bien-être psychologique

Le plaisir à pratiquer une activité physique était un facteur important pour la plupart des patients :

« Je me sens heureuse. Je ressens du bien être, de la joie, c'est positif pour moi » (P4)

« Ça fait partie du plaisir de ma journée » (P9)

Pour eux, *« c'est un peu une sensation de liberté ».*

P6 précisait que cette sensation de plaisir était évolutive et croissante en fonction de la pratique :

« J'adore cet état où vous ressentez quelque chose au départ d'assez désagréable, puis légèrement agréable jusqu'à vraiment agréable, une sensation de plaisir vraiment. Il n'y a que le sport qui vous crée ce plaisir là »

Cela pouvait même aller jusqu'à une nécessité, un besoin de pratiquer de l'activité physique :

« C'est une nécessité, je ne suis pas bien si je ne sors pas » (P4)

Voir même presque une certaine addiction :

« On commence à aimer l'effort, le fait de se dépasser, de se « faire mal » devient presque une drogue » (P2)

« Si je n'ai pas une activité physique pendant plusieurs jours, au bout de trois jours je commence littéralement à péter les plombs. Sans utiliser le terme addiction, c'est vraiment un besoin vital » (P6)

C'était un facteur d'équilibre personnel et un moyen d'éloigner les ennuis du quotidien :

« On oublie les douleurs, les idées noires » (P4)

« Vous êtes beaucoup plus patient, vous appréhendez les choses avec le sourire » (P6)

« C'est se faire du bien, vider la tête...Pour être bien dans sa tête » (P7)

P9, lui, pensait que c'était le fait de se sentir bien mentalement qui favorisait la pratique d'activité physique :

« Je pense que tout est lié, c'est le fait de ne plus avoir de contraintes au travail, de ne plus avoir de pression, ça fait que je me sens mieux et c'est peut être ça qui me donne envie de marcher aussi »

- L'accomplissement personnel

L'atteinte d'un objectif personnellement fixé et la satisfaction engendrée par la réussite était un élément motivationnel fort :

« C'est important, on a réussi quelque chose » (P2)

« Quand je suis décidé à faire quelque chose, quel qu'en soit le prix je vais au bout, et c'est une grande satisfaction » (P6)

Cela pouvait se traduire par des challenges à relever :

« Je me donne des petits challenges, augmenter ma vitesse par exemple, essayer de travailler mon rythme cardiaque ... » (P5)

« J'ai fait le pari fou de faire le marathon. C'était à peu près à la même période que la naissance de ma fille, je voulais le faire, c'était important pour moi. Je l'ai vécu comme un combat avec moi-même, et une revanche » (P6)

Pour les patients qui avaient modifié leur pratique d'activité physique, l'élément déclencheur avait souvent été la recherche de perte de poids, bien que l'activité physique ne soit pas recommandée spécifiquement dans ce cadre-là :

« J'essaye de bouger et de perdre du poids » (P4)

« Je sais que si je ne cours pas, je prends du poids. Ça reste l'objectif » (P5)

« Je savais que c'était le sport le plus intéressant pour la perte de poids rapide » (P6)

Et finalement, c'était le fait de pratiquer une activité physique qui avait modifié l'hygiène de vie alimentaire de ces patients :

« Ça m'a apporté une hygiène de vie je pense, c'est à dire qu'après la course à pied je ne vais pas aller manger une friandise, je me lève plus tôt, je fais attention à ce que je mange et ce que je bois. » (P5)

« Quand on a fait 1h de course, qu'on a brûlé 1000 calories, on n'a pas envie de s'enfiler un hamburger derrière » (P6)

Chez les patients pour qui la perte de poids avait été la principale raison pour laquelle ils s'étaient mis à bouger, on retrouvait également une volonté d'améliorer leur image :

« Le sport me permet de me projeter sur demain, de projeter une image de moi, de ce que j'aimerais être » (P5)

« Je savais que j'aurais plaisir à me regarder dans la glace, je savais que mon fils serait fier de moi et il est super fier » (P6)

- Le mode de vie

Le rôle de l'éducation était important car les patients reproduisaient un schéma parental :

« J'ai été éduqué comme ça, notre père nous a donné dans la famille le goût du sport, de l'effort, de la compétition » (P2)

La sensibilisation des enfants à l'activité physique devrait faire partie de l'éducation par les parents :

« Quand on a fait preuve d'autorité au début, quand on a imposé au début, ça devient une habitude par la suite et ils prennent le goût de ça » (P2)

« D'éduquer les enfants à préparer leur santé, éviter les confiseries, faire du sport.... Ça c'est plus le rôle des parents que celui du docteur, mais je pense que c'est important » (P9)

Débuter une activité physique jeune permettrait d'en faire une habitude, de l'intégrer à son mode de vie. Ainsi la pratique deviendrait plus régulière et plus pérenne :

« *Quand j'étais jeune, j'habitais à côté d'un club de sport, et on était tout le temps-là, c'est d'ailleurs là où j'ai tout appris, on faisait du football, du tennis, du volley... et j'ai fait de tout* » (P2)

« *J'ai grandi en Algérie, il faisait beau, il y avait un grand jardin, j'étais avec mes frères et mes cousins et on était dehors. Donc c'est peut être une habitude aussi* » (P3)

Parfois, c'était un événement particulier dans la vie qui produisait le déclic. Comme pour P4 qui était devenue grand-mère et qui s'était inquiétée pour sa santé :

« *Depuis qu'il y a eu mon petit-fils, je me dis « combien d'années il me reste à vivre », j'ai pris conscience de ça, pour ma santé* »

Pour P9, c'était l'arrivée à la retraite :

« *Je n'avais pas envie de passer ma retraite dans le canapé devant la télé. Ça été un déclic* »

Un animal de compagnie était une autre façon de créer une habitude de vie, il devenait une contrainte positive pour la pratique d'activité physique, puisqu'il obligeait le patient à sortir et à bouger, il avait un vrai rôle motivationnel :

« *J'ai fait l'acquisition d'un petit chien, en me disant le chien il faudra le sortir, et en plus c'est plus sympa de sortir avec le chien que marcher tout seul, c'est ce qui m'a forcé à aller marcher tous les jours 1h-1h30 le matin et 1h l'après-midi* » (P9)

« *Peut-être que si je n'avais pas la chienne je sortirais moins aussi, c'est une habitude* » (P4)

2 Les facteurs socio-environnementaux

- L'accessibilité

La flexibilité horaire était primordiale pour les patients pour entretenir leur motivation :

« *J'y vais quand je veux* » (P3)

« *Je le fais parce que je n'ai rien trouvé qui s'adapte à mes horaires. Là je peux courir entre midi et deux, le matin à 6h, le soir, le week-end... Pour moi c'est très modulable* » (P5)

« *La marche, c'est facile il n'y a pas d'horaires à respecter* » (P9)

Il était aussi important que l'activité soit facilement accessible géographiquement :

« Il n'y a aucune contrainte, j'habite au bord de la mer, je descends sur la promenade en sortant de la maison, j'ai juste à mettre des baskets » (P6)

« La marche c'est facile parce vous pouvez le faire n'importe où, dans les bois, sur la plage, en ville, n'importe où » (P9)

La nature de l'activité était importante, en effet le choix de l'activité physique était motivé par le peu de contraintes qu'elle allait apporter. Ainsi P1 avait préféré éliminer les sports d'équipe :

« Il n'y a pas d'engagement par rapport aux autres »

P9, lui, avait sélectionné son activité en fonction de l'intensité :

« C'est un sport qui ne demande pas beaucoup d'effort. Parce que sinon vous n'aurez pas envie de le faire tous les jours. ».

- L'encadrement de l'activité

Pour certains patients, la pratique d'une activité physique dans une structure permettait une meilleure observance. Elle était vécue comme une contrainte, mais une contrainte positive qui les aidait à maintenir une certaine motivation :

« C'est plus facile quand il y a une structure autour parce que bon, quelque part ça nous oblige à y aller » (P1)

« Il faut essayer d'intégrer une structure qui vous oblige » (P2)

« Quand on est en groupe, on est obligé. Ça permet aussi d'aller un peu plus loin » (P5)

L'encadrement par un professionnel avait un côté rassurant pour le patient en surpoids :

« Là il y avait un côté médical. Ils comprennent que ce n'est pas qu'on est paresseux ou quoi, mais qu'on va à la limite de ce qu'on peut » (P4)

P5 recherchait la neutralité et l'absence de jugement du professionnel de santé :

« Quelqu'un qui est là pour qu'on se sente bien, pas pour se moquer, il va nous corriger, nous aider »

Enfin pour P6, c'était la recherche de perfectionnement et le partage d'une passion qui renforçait sa motivation :

« Il m'a transmis sa passion, c'est vraiment quelqu'un qui aime ça et qui le transmet, il est très généreux dans sa façon d'entraîner »

- L'aspect social

Pour deux patients, l'activité physique permettait d'effacer les inégalités sociales et de mettre tout le monde à un même niveau :

« Tout le monde se ressemblait lorsqu'on jouait au volley-ball. Ça c'est une des vertus du sport, de rapprocher les gens » (P2)

« C'est intéressant parce que vous rencontrez des gens tous différents de tout niveau, de toute situation économique, c'est un moment de partage, c'est plaisant » (P9)

L'activité physique était aussi appréciée pour sa convivialité, elle permettait de créer et d'entretenir des liens sociaux pour les patients. Certains pratiquaient par effet d'entraînement, c'était dans ce cas réellement un élément de motivation :

« Il y a beaucoup de choses que j'ai faites parce que les copains m'ont dit « tu devrais essayer » (P2)

Pour d'autres, cela renforçait le plaisir à pratiquer et de ce fait, entretenait la motivation :

« Et puis on voit les copains aussi, donc ça fait un tout quoi » (P1)

« j'ai rencontré sur internet un groupe de runners avec qui j'ai sympathisé et avec qui j'ai plaisir à sortir courir » (P6)

Il était important aussi pour les personnes en surpoids de ne pas se sentir en difficulté par rapport aux autres, ce qui pouvait renforcer leur sentiment de dévalorisation et les mettre en confrontation avec l'image négative qu'ils avaient souvent d'eux-mêmes. Une activité physique adaptée, éventuellement avec d'autres personnes en difficulté, pouvait leur permettre une socialisation positive, par exemple par l'entraide comme pour P4 :

« D'être allé au centre, à la balnéothérapie, ça m'a redonné le côté social, tout le monde s'aidait. Etre avec d'autres gens pour qui c'est difficile comme moi ça m'a aidé, ça m'a débloqué, car les gens ne font pas attention. Et de voir qu'on peut aider les autres ... Ça m'a stimulé »

Les expériences vécues par l'entourage du patient pouvaient avoir une influence positive sur la pratique d'activité physique par plusieurs biais. P4 par exemple, ne souhaitait pas reproduire le schéma négatif de sa mère :

« Je ne veux surtout pas être dépendante comme l'a été ma mère, et c'est pour ça que j'essaye de bouger et de perdre du poids »

Au contraire, P5 prenait exemple sur son frère atteint d'une pathologie de l'appareil locomoteur, pour qui faire de l'activité physique était primordial :

« Quand je n'ai pas envie, je pense à mon frère qui a une spondylarthrite, qui lui sans le sport serait en fauteuil roulant je pense. Lui il court tous les jours, il se dépasse. C'est mon inspiration »

Il est intéressant de remarquer qu'un patient avait conscience des bienfaits de l'activité physique pour la santé, et en parlait à travers l'exemple de son frère, mais pour autant ne l'appliquait pas à lui-même :

« Mon frère a eu 2 attaques cardiaques, bon ben il a arrêté de fumer, c'est un peu pareil, il a commencé à marcher, il marche tous les jours 1h depuis ça » (P8)

Enfin, les encouragements de l'entourage avaient un rôle de renforçateur :

« Chaque semaine il m'encourageait et il me disait que j'avais encore perdu. Ben j'étais contente, c'est sûr ! Ça valorise un petit peu ! » (P4)

De la même façon que leurs réprobations pouvaient avoir un effet paradoxalement stimulant :

« Certaines personnes m'ont dit « tu es fou, tu n'y arriveras jamais, c'est pas possible », et ça m'a donné encore plus envie de le faire » (P6)

Le regard des autres sur eux pouvait aussi leur faire trouver la volonté de changer :

« Mon fils m'a dit un jour « Papa, je ne t'aime plus parce que tu as un gros ventre. », ça m'a vraiment blessé » (P6)

Deux patients ont abordé le rôle des réseaux sociaux en rapport avec l'activité physique. Pour P5, le renforcement par les réseaux sociaux passait surtout par la forme d'un contrat, d'un engagement qu'elle aurait auprès des autres :

« Quand c'est difficile ou qu'au contraire c'était génial, je poste sur Facebook, c'est comme un engagement parce que j'ai dit que j'ai commencé à courir, et ça m'aide à tenir »

Cela avait permis à P6 de renforcer et de partager le plaisir qu'il avait à courir :

« C'est là que j'ai rencontré sur internet un groupe de runners avec qui j'ai sympathisé et avec qui j'ai plaisir à sortir courir »

D Le rôle du médecin généraliste dans l'aide à la pratique d'activité physique

1 Aborder l'activité physique en consultation

- Un besoin ressenti variable selon les patients

Trois patients ont exprimé qu'ils ne ressentaient pas le besoin que leur médecin généraliste les aide à pratiquer, comme par exemple P7 : *« Je n'ai pas besoin d'aide moi »*. P1, lui, ne voyait pas ce que son médecin pourrait lui apporter comme conseils :

« Il me voit tous les ans pour les certificats de sport, donc il sait que j'en fais tout seul. »

Les entretiens avec les médecins reflétaient également un faible recours au médecin spontanément de la part des patients, c'étaient le plus souvent eux qui abordaient le sujet au cours d'une consultation de suivi, par le biais de la surveillance du poids par exemple :

« Je les pèse et je leur dis « dites-moi le poids ». Après c'est vous qui décidez ». Ça les amène à réfléchir » (M1)

Les médecins signalaient tout de même que la demande pouvait parfois venir du patient, soit dans une démarche de perte de poids :

« Il y a aussi les gens qui se décident à faire du sport parce que clairement ils sont dans une volonté de perdre du poids et de se sentir mieux » (M5)

Soit dans un contexte de prévention secondaire, après un accident de santé qui les avait amenés à une prise de conscience :

« Après un problème cardiaque, les gens prennent conscience qu'ils peuvent mourir » (M1)

« Quand ils ont un problème de santé, là ils s'interrogent en disant « je pensais pas que j'étais sur une mauvaise pente », et là c'est plutôt eux qui l'abordent » (M6)

- Évaluer le contexte psychologique

D'après les patients, le médecin devrait tenir compte de l'état d'esprit dans lequel se trouve son patient avant d'aborder le sujet de l'activité physique, s'il veut que celui-ci soit réceptif :

« Des fois ce n'est pas le bon moment pour perdre du poids, comme pour arrêter de fumer, je pense qu'il y a des périodes dans sa vie où on est plus vulnérable et des périodes où on est prêt » (P6)

P5 allait plus loin en exprimant l'idée qu'une prise en charge psychologique préalable serait peut être nécessaire pour certains :

« Certaines personnes ne sont pas prêtes à être aidées ou à changer, elles fonctionnent sur le fait qu'elles ne sont pas bien, elles refusent d'aller bien, c'est plus un problème psychologique »

La moitié des médecins interrogés estimaient aussi qu'une prise en charge psychologique était nécessaire pour aborder le surpoids avant de parler d'activité physique :

« Il faudrait avoir le temps presque pour une prise en charge psychologique sur les gens qui sont en surpoids : pourquoi ils sont en surpoids ? Pourquoi ils se sont laissés aller ? Pourquoi ils ont laissé glisser tout ça ? Il y a vraiment un travail psychologique à faire » (M1)

« Le but c'est qu'ils reprennent confiance en eux, qu'ils comprennent qu'il y a un but dans tout ça, l'accompagnement ça va être de leur montrer que quand ils font du sport ils se sentent mieux » (M4)

- Une prise de décision partagée

Pour les patients, il était primordial qu'ils ne se sentent pas contraints, obligés, poussés par leur médecin. Ce n'était pas un rôle moralisateur qu'ils attendaient de lui :

« Ce n'est pas en disant aux gens « il faut faire tant d'heures de vélo, tant d'heures de marche » qu'ils vont le faire... » (P4)

« Si je tombe sur un docteur qui est trop catégorique, et bien je vais lui dire « ciao tu me verras plus » (P9)

Cette idée était largement partagée par les médecins :

« Je ne suis pas pour la morale » (M1)

« Tout ce qui est imposé, ça ne marche pas » (M4)

Le modèle paternaliste de la relation médecin – patient n'était plus celui qui était recherché par les deux parties. M6 parlait plutôt de « partenariat » :

« Si tu les percutes à chaque fois trop, bah tu finis par les éloigner de toi en fait et tu perds un peu le bénéfice de ton partenariat »

Les médecins étaient unanimes sur le fait que l'augmentation de la pratique venait à un moment d'une prise de conscience de la part du patient, motivée par un élément de vie personnel par exemple, et que leur rôle était un rôle d'information tant que le patient n'était pas décidé lui-même :

« C'est souvent les gens qui disent « docteur j'ai arrêté ». « Mais tout ce que vous m'aviez dit préalablement, m'a servi, mais j'ai pris la décision » (M1)

« C'est une démarche qui vient d'eux. C'est à dire que le discours que tu tiens justement depuis x temps (...) au bout d'un moment ça fait peut être son chemin et il y a une prise de conscience, ça y est » (M3)

2 Un rôle d'écoute, de compréhension et d'information

- L'importance de l'écoute

Trois patients ont relevé que l'écoute était la qualité la plus importante que devait avoir le médecin généraliste à leurs yeux. Pour P2 « Ça prouve qu'il s'intéresse à moi ». Il s'était senti mieux compris, et cela lui avait permis de mettre en place avec son médecin un plan pour augmenter son activité physique malgré ses difficultés liées à sa maladie de Parkinson. P6 avait beaucoup souffert de stigmatisation vis-à-vis de son obésité et avait connu un véritable mal être avant d'augmenter son activité physique, en partie à cause d'une incompréhension de la part des professionnels médicaux. Selon lui :

« On devrait plus sensibiliser les médecins, généralistes en l'occurrence, sur le surpoids et surtout avoir peut être une approche différente par rapport à certains patients. » Les médecins devraient apprendre à « mieux connaître le patient, savoir un peu pourquoi il en est arrivé là, depuis quand »

Pour P9, c'était la seule solution pour obtenir des résultats à long terme :

« S'il n'y a pas d'écoute, à court terme vous allez avoir des résultats, mais jamais à long terme »

Du côté des médecins, seule M4 expliquait qu'elle essayait :

« De creuser pourquoi ils n'y sont pas allés. C'est essayer de comprendre leur excuse, parce que quelque fois il y a une réelle difficulté et c'est à nous de les aider »

Il était aussi nécessaire de comprendre et de refixer si besoin les objectifs que s'étaient fixés les patients, en les informant sur les effets peu importants de l'activité physique seule sur la perte de poids, mais en insistant sur les autres bénéfiques, notamment la diminution du risque cardiovasculaire, afin de limiter le risque d'échec et de découragement. Ainsi P6 n'avait pas trouvé ce qu'il cherchait dans les conseils qu'on lui avait donné :

« Moi je savais que j'avais plus de 30 kilos à perdre. Donc ce n'est pas en faisant 2 fois 30 minutes de marche que ça allait modifier les choses, tout en continuant à avoir l'hygiène de vie que j'avais et l'alimentation que j'avais »

De la même façon, P5 avait reçu des conseils en inadéquation avec son objectif :

« J'ai un médecin qui m'avait dit « il faut que tu arrêtes de faire de la course à pied, tu es trop stressée, il faut que tu te mettes au yoga ». Peut-être, sauf que le yoga ça ne va pas me faire perdre de poids ! »

- Un rôle d'information et d'aide à la prise de conscience

Les patients pensaient que le médecin avait surtout un rôle d'information. P6 aurait aimé mieux connaître les risques liés à l'inactivité et au surpoids :

« Quand on est en surpoids on sait manifestement que physiquement ce n'est pas bon, mais pourquoi on ne le sait jamais »

P5 et P7 auraient plutôt eu besoin de conseils sur les conditions de pratique en fonction des comorbidités, ils recherchaient un accompagnement de pratique :

« On ne peut pas se lancer là-dedans sans avoir discuté d'un accompagnement avec son médecin, c'est trop dangereux » (P5)

« Informer, expliquer en fonction de la condition de chacun ce qu'on peut faire ou ce qu'on ne peut pas faire » (P7)

Le médecin devrait amener la population à une prise de conscience sur la nécessité d'être actif. Pour P5, cela concernait tout le monde :

« Quelqu'un d'obèse, le médecin ne doit pas fermer les yeux, il doit demander. Mais quelqu'un de menu doit aussi faire du sport. »

Le médecin devrait « réconcilier les gens avec le sport » :

« Parce que je pense qu'il y a beaucoup de gens aujourd'hui qui voient le sport comme une contrainte et n'arrivent pas à voir les bienfaits du sport, parce qu'ils ne sont pas arrivés au point d'en apprécier les conséquences » (P6)

Pour P8 et P9, le médecin généraliste était celui qui pourrait les amener à bouger, en les bousculant un peu, en leur faisant réaliser qu'il le fallait pour leur santé :

« Il faudrait qu'il me dise « il faut que tu fasses plus d'activité (...) parce tu ne bouges pas assez et tu vas mettre ta santé en danger », là peut être que ça ferait un déclic » (P8)

Les médecins semblaient avoir bien compris leur rôle à jouer, puisque quatre médecins sur six rapportaient utiliser les conséquences potentielles de l'inactivité et du surpoids comme élément de motivation chez leurs patients :

« Je pense que la meilleure méthode, c'est de rebondir sur leur plainte en fait. Quand il te dit « je m'essouffle facilement, je me trouve pas beau, j'ai mal aux genoux ». C'est là que tu vas rebondir » (M5)

« Il faut aller les chercher en leur donnant la conviction qu'ils sont dans un équilibre un peu délétère pour eux » (M6)

- L'influence de la conviction du médecin

Deux patients notaient que la conviction du médecin à propos des bienfaits du sport allait influencer sa pratique avec ses patients et leur réceptivité :

« Le fait que lui soit convaincu des bienfaits et de la vertu de l'activité physique, ça apporte quelque chose » (P2)

« Je trouve que les médecins généralistes vont parler du sport en fonction de leur sensibilité au sport » (P5)

3 Les stratégies utilisées

- Les conseils des médecins généralistes en pratique

Cinq médecins généralistes sur six recommandaient essentiellement la marche à leurs patients car c'est une activité accessible, peu intense, facile, qui ne les expose pas à des complexes vis à vis des autres :

« Ça va être la marche, quelque chose qui est naturellement accessible et qui ne soit pas trop traumatique, pour commencer » (M6)

« Je pense que la marche ça peut t'amener vers d'autres choses, vers l'envie de marcher plus vite, vers l'envie d'aller plus loin, d'aller marcher en montagne, d'aller t'inscrire au club de rando... » (M5)

L'autre conseil des médecins à leurs patients était de trouver une activité qui leur plaisait afin de favoriser son adhésion au long cours.

« Le but c'est qu'ils se fassent plaisir, ils choisissent ce qu'ils veulent » (M4)

- Le besoin d'encadrement

Trois patients exprimaient le besoin d'encadrement dans leur démarche d'augmentation d'activité physique :

« Moi j'aime bien que ce soit cadré, parce que seule je ne sais pas faire les mouvements, et ce que je peux faire. J'ai besoin d'accompagnement » (P4)

« Un truc que je trouve intéressant, c'est le coaching. On nous coache puis petit à petit il y a de moins en moins d'aides, mais ils nous encouragent » (P5)

P6 avait également eu besoin d'aide pour être orienté vers le bon spécialiste :

« Au bout d'un moment vous ne savez plus qui aller voir par rapport à votre perte de poids »

Les médecins essayaient effectivement d'utiliser ces aides pour motiver leurs patients :

« Quelque fois je fais une prescription de kiné pour essayer de les amener à une prise en charge, que le kiné soit le relais de ce que je dis » (M1)

« Chez des jeunes, j'en ai quelques-unes qui ont pris des coachs, c'est très à la mode »
(M3)

« Parfois je les redynamise en leur disant « tiens tu vas aller voir mon associé pour aborder un sujet qu'on n'a pas trop abordé nous-mêmes ». On met en œuvre un peu cette relation avec un correspondant » (M6)

Certains manifestaient de l'intérêt pour les supports d'information, de manière générale à visée préventive :

« Avoir des petites brochures d'information dans son cabinet par exemple, parce que ça peut engager le dialogue » (P5)

« Une petite plaquette, comme pour la prévention des cancers par exemple, c'est bien »
(P6)

Ou bien personnalisés :

« Un programme d'activités à faire chez moi, ça pourrait m'aider à en faire en dehors du club, sans que ça me prenne trop de temps sur mon boulot » (P1)

- La prescription d'activité physique : des avis partagés

Deux médecins ont abordé le sujet de la prescription d'activité physique. Aucun n'avait déjà pratiqué cette prescription mais leurs avis étaient assez divergents. Pour M3, l'intérêt de cette prescription était limité car elle apporterait surtout le remboursement des séances, alors que le coût ne semble pas être un obstacle chez ses patients, contrairement à la motivation :

« Ils en ont déjà conscience, donc mettre sur le papier ce qu'on dit à l'oral je ne suis pas persuadée »

Au contraire, M4 pense que la prescription écrite aurait plus d'impact que les conseils donnés oralement, et que cela entrerait dans la logique du patient qui attend à la fin de chaque consultation son ordonnance :

« On est dans un pays quand tu vas chez le médecin même pour un rhume tu ressorts avec une ordonnance. Ça veut aussi dire que la société a compris que c'était une vraie maladie. Et comme pour une « vraie » maladie, un médicament est remboursé »

4 Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes

- Le manque de temps de consultation

Deux médecins estimaient ne pas avoir suffisamment de temps en consultation pour aborder de manière globale un patient aussi complexe que le patient obèse :

« Comment on prend le temps ? On nous dit de faire de l'ETP [Education thérapeutique du patient], mais on n'a pas de temps pour ça » (M1)

« C'est quand même un temps de consultation qui s'allonge un peu, parce qu'il faut évaluer la personne dans sa globalité, donc il faut aller chercher les sources de son comportement alimentaire et puis voir avec lui si ça ne le déstabilise pas trop d'aborder ça » (M6)

Cette difficulté était également ressentie par les patients puisque P5 le relevait :

« Surtout avec le temps qu'ils ont ... c'est impossible de dire « bon je te soigne... et au fait, il me reste une minute » c'est compliqué, je pense que la pression du temps des médecins est terrible »

- Le manque de formation

Un autre problème noté par les médecins était le manque de formation pour aborder cette pathologie avec le patient, qui est souvent complexé :

« Comment aborder ça ? Comment aborder l'obésité ? Comment oser ? Je pense que le généraliste, comme on est en première ligne, on devrait faire ça, cette éducation, mais je sais pas comment » (M1)

« Je pense qu'il faudrait qu'il y ait une prise en charge sur le sujet du surpoids à proprement parler » (M4)

Cela avait été ressenti par P6 :

« On devrait plus sensibiliser les médecins, généralistes en l'occurrence, sur le surpoids et surtout avoir peut être une approche différente par rapport à certains patients »

- L'organisation des soins

Un médecin parlait également de l'organisation du système de soins, qui ne permettait pas toujours une prise en charge coordonnée du patient :

« L'organisation des soins maintenant fait qu'on ne sait pas si ça a déjà été fait, 1 fois, 2 fois, 3 fois, ni comment ça a été fait. Donc c'est difficile, parce que quand tu vois un patient qui se braque, tu te dis « j'insiste parce que ma méthode est peut être différente de celle de mes collègues et j'aurais peut-être meilleure accroche avec ce patient-là » ou à l'inverse tu te dis « bon ben il en a marre, j'ai pas le droit d'être intrusive, je n'y vais pas ». Donc c'est vrai que d'être en aveugle comme ça et de ne pas savoir c'est un peu compliqué » (M2)

- Le tabou de l'obésité

Pour deux médecins, la difficulté venait aussi du fait que parler de l'obésité était un sujet tabou et qu'il était difficile d'en parler librement avec les patients sans qu'ils se ferment :

« C'est des gens qui sont en général culpabilisés. Même de les examiner, le fait de leur demander d'enlever leur pull c'est... ils vont se sentir mal à l'aise et ça met un énorme poids dans la pièce. Et du fait que c'est tabou, on travaille très mal avec eux, on n'est pas bons » (M4)

« Tu mets le doigt un petit peu sur leur complexe. Tu les amènes un peu à cette situation qui les isole des autres. On est dans une société où quand on est obèses on n'est pas très valorisés » (M6)

DISCUSSION

I DISCUSSION DES RÉSULTATS ET COMPARAISONS AVEC LA LITTÉRATURE

Cette étude a permis de mettre en évidence plusieurs obstacles rencontrés par les patients dans leur pratique d'activité physique. Certains étaient bien identifiés par les médecins et d'autres non, ce qui pouvait mener à des propositions inadéquates de la part des médecins et faire naître un certain sentiment d'incompréhension chez les patients. En revanche, des obstacles

ont été relevés uniquement par les médecins, notamment des facteurs liés à la société et à l'éducation, dont n'ont peut-être pas conscience les patients, mais qui influencent pourtant leur pratique.

L'analyse de l'expérience des patients les plus actifs a permis d'identifier des éléments facilitateurs sur lesquels les médecins pourraient s'appuyer au cours de leur entretien motivationnel.

Enfin, cette recherche a permis de préciser la place du médecin généraliste dans l'accompagnement à la pratique d'activité physique, en s'appuyant sur les attentes exprimées par les patients.

Principaux obstacles rencontrés à la pratique régulière de l'activité physique :

Le manque de temps était largement rapporté par les patients, mais pour les médecins il s'agissait plutôt d'un manque d'habitude, c'est-à-dire que l'activité physique ne fait pas partie de leur vie quotidienne, sûrement car il existe chez eux une méconnaissance du sport. En effet, les patients actifs et prenants du plaisir à pratiquer arrivent eux à trouver du temps pour pratiquer. Dans l'étude de Leone et Ward comparant les barrières ressenties entre des femmes de poids normal et des femmes obèses (43), le temps était aussi cité comme barrière quel que soit le poids, mais pour les femmes de poids normal la contrainte était volontiers temporaire (météo, blessure, maladie), alors que pour les femmes obèses elle était permanente (contraintes familiales, manque de temps et fatigue). De manière générale, les femmes obèses rapportaient plus de barrières et prenaient moins de plaisir à pratiquer.

Ce manque de goût pour le sport peut être la conséquence d'une part de la reproduction du schéma parental et de l'éducation reçue, et d'autre part de l'influence de la société actuelle qui incite à la consommation et à la sédentarisation dès le plus jeune âge. D'après l'OMS (55), la baisse d'activité physique tiendrait partiellement à l'inaction pendant les loisirs, à la sédentarité sur le lieu de travail et à la maison, et au recours accru aux modes de transports « passifs ». L'INSERM, dans son expertise collective (35), rapportait également le recul de l'activité physique au remplacement des occupations ayant une incidence physique par des loisirs plus sédentaires (comme la télévision, les jeux vidéo, l'ordinateur ou les Smartphones), ainsi qu'à l'usage croissant de l'automobile et au déclin de la marche. Elle déplorait parallèlement le déclin de l'éducation physique et sportive en milieu scolaire.

Il existe une transmission des modèles sportifs des parents vers les enfants : les parents qui pratiquent plus influencent la pratique de leurs enfants positivement. Il est donc important de favoriser l'éducation sportive des enfants, car débiter une activité physique jeune permet de créer une habitude de vie.

Toujours d'après ce rapport, les craintes des adultes pour la sécurité de leurs enfants pourraient avoir une influence négative sur la pratique d'activité physique. Cela n'a pas du tout été mis en évidence dans notre étude, peut-être car l'environnement géographiquement limité de notre population n'était pas représentatif de celui de la population générale et perçu par nos patients plus favorablement.

Les patients identifiaient leurs obligations familiales et professionnelles comme un obstacle à leur pratique d'activité physique alors qu'elle peut s'intégrer à leur vie de famille ou à leur travail. Ils considéraient qu'ils n'avaient pas de temps supplémentaire pour une nouvelle activité sans concevoir que cette séparation des différents aspects de leur vie quotidienne n'était pas nécessaire. Il faut pouvoir les amener à changer leur organisation, et non pas attendre d'avoir du temps supplémentaire pour pouvoir pratiquer. Une étude réalisée aux Etats-Unis auprès de femmes obèses (47) concluait de la même façon qu'il faut prendre le temps de pratiquer, car celles qui sont actives n'ont pas plus de temps disponible mais programment l'activité en en faisant une priorité. L'accent était mis également sur l'importance de faire de l'activité physique une affaire de famille. L'INSERM (35) suggère qu'il existe une culture du temps différente entre les différentes classes sociales avec une meilleure organisation parmi les sujets issus des classes plus aisées, car les diplômés pratiquent de manière proportionnelle plus d'activité physique et ont pourtant moins de temps disponible. En fait, le milieu social fait différer les pratiques : les ouvriers pratiquent plus sur du temps quotidien au travail, et les cadres pratiquent plus sur des périodes longues en congés.

Pour obtenir une meilleure adhésion, il est recommandé de proposer une activité facile d'accès, avec une flexibilité horaire et une indépendance de pratique. Elle doit être libre et peu contraignante. Pour certains, un encadrement peut être nécessaire pour les astreindre à une meilleure observance, mais cela est à analyser au cas par cas, en fonction des besoins de chacun. Si l'on se penche sur l'efficacité des différents modes de pratique, une étude a comparé l'augmentation d'activité physique entre un groupe pratiquant dans une structure et un groupe pratiquant à la maison en changeant son mode de vie (27). Les deux groupes avaient augmenté leur activité physique et leur capacité cardiorespiratoire à six mois, sans

différence significative entre les deux groupes. Il n'y a donc pas d'avantage en termes de bénéfices pour la santé à proposer l'une ou l'autre de ces pratiques et il faut expliquer au patient que bouger au quotidien peut être suffisant.

Une autre grande difficulté exprimée était liée aux douleurs et au déconditionnement à l'effort, vécue par presque tous les patients, et identifiées par presque tous les médecins. Certains ont eu des craintes pour leur santé qui ont freiné leur pratique. Ces difficultés étaient bien identifiées par les médecins, qui en ont conscience, mais qui se sentent souvent impuissants face aux plaintes de leurs patients.

Dans ce contexte, on peut insister sur le bénéfice à long terme et préconiser une activité douce et progressive. Il faut prendre en compte leurs douleurs et les expliquer afin de ne pas les décourager pour leur pratique future.

Les médecins insistaient sur la prise en compte du contexte psychologique, car il y a une souffrance importante liée à l'obésité. Il peut exister à l'origine de cette pathologie un sentiment d'incompréhension et de mal-être, qui amène les patients à compenser cet état par la nourriture. Cette souffrance est aggravée par les expériences de stigmatisation subies et rapportées par les patients, notamment dans un contexte de pratique d'activité physique. Ils sont régulièrement l'objet de moqueries et de jugements, ce qui aggrave la relation difficile qu'ils ont avec leur corps. La plupart s'auto-dévalorise et se sent inférieur en se comparant aux autres. Un modèle structurel a été utilisé par Mama et al. (46) pour explorer l'influence relative des facteurs associés à une faible pratique chez les obèses. Ces auteurs retrouvaient que le poids et l'image du corps étaient les seuls facteurs directement associés à l'activité physique, suggérant que les facteurs individuels sont ceux qui influencent le plus la pratique.

La stigmatisation a lieu aussi dans le système de soins. Une étude a rapporté le vécu de femmes obèses par rapport aux soignants (16). Elles ressentaient une gêne à être déshabillées et pesées et acceptaient mal le fait d'être conseillées sur la perte de poids de manière non sollicitée et systématique. Cela menait à un abandon de soins de la part de ces patientes.

Il est donc nécessaire de prendre en charge ces personnes de manière globale et multidisciplinaire et de ne pas se limiter à leur conseiller de faire du sport, pour éviter toute opposition de leur part. Il faut établir un partenariat avec elles pour aller dans leur intérêt. Les sports d'équipe sont à éviter, car ils peuvent aggraver un sentiment d'infériorité. Il pourrait exister en revanche un effet bénéfique à pratiquer en groupe avec d'autres personnes en

difficultés. Malheureusement, le ressenti des patients est qu'actuellement l'offre de soins est inadaptée aux difficultés qu'ils ressentent.

Pour les médecins, il y avait aussi une absence de prise de conscience de la part de leurs patients. Selon eux, ils sont plus soucieux de leur apparence physique que des conséquences négatives de leur poids sur leur santé. Ce que rapportaient les patients allait dans ce sens, puisque la perte de poids était leur principale motivation à pratiquer de l'activité physique, avant tout bénéfique pour la santé. Ces données sont similaires à celles de la littérature. En effet dans l'étude de Leone et Ward (43), les femmes obèses pratiquaient seulement pour perdre du poids, et elles pensaient que pratiquer de l'exercice était plus important pour les femmes en surpoids que pour les femmes de poids normal. Une étude réalisée aux Etats-Unis auprès de sujets obèses (65) a recueilli le ressenti de patients ayant expérimenté une augmentation de leur pratique. Il en ressortait que la perte de poids avait été leur principale motivation. De plus, dans une publication étudiant les obstacles à l'adoption d'un comportement sain en fonction du poids (5), 60% des hommes et 40% des femmes ne considéraient pas leur poids comme un danger pour leur santé. Or la décision de débiter une activité est influencée par l'attente de résultats. On peut donc imaginer que les patients en surpoids qui ne se perçoivent pas comme tels trouveront moins de bénéfices à pratiquer et donc pratiqueront moins.

Il est primordial d'informer les patients sur les risques du surpoids, les effets bénéfiques de l'activité physique, et la perte de poids seulement modérée qu'elle peut entraîner. S'appuyer sur la perte de poids peut être intéressant d'un point de vue motivationnel mais il est primordial d'expliquer qu'elle est due plutôt à l'hygiène alimentaire. Finalement, le changement alimentaire et l'augmentation de la pratique sont intimement liés et les patients doivent entreprendre les deux en même temps.

Facilitateurs de l'activité physique :

Les plus actifs associaient l'activité physique à des valeurs positives (loisir, plaisir, apprentissage, découverte, effet bénéfique sur la santé, bien être, amélioration de la qualité de vie). La notion de plaisir à pratiquer est indispensable pour une adhérence à long terme. Cette sensation de plaisir croît en fonction de la quantité d'activité, jusqu'à devenir une nécessité, qui fait que les actifs l'intègrent entièrement à leur vie quotidienne. Plusieurs études précédentes (14) (22) (65) rapportent également que la notion de plaisir est essentielle pour la motivation à pratiquer. Selon l'INSERM (35) c'est le facilitateur le plus fréquemment retrouvé

avec les bénéfices pour la santé et les rencontres. Après avoir interrogé une population de femmes obèses et une population de femmes de poids normal, Leone et Ward (43) concluent que les femmes obèses ressentent moins de plaisir lors de la pratique d'activité physique, ce qui pourrait expliquer que leur niveau d'activité physique soit plus faible. D'après Lidegaard et al (44), c'est le fait d'être actif en groupe qui rend l'exercice plaisant par l'encouragement mutuel, le sentiment de faire partie d'une communauté, le partage de bonnes expériences.

L'aspect social est en effet un autre facilitateur très important. Cela peut être une source de motivation par effet d'entraînement, ou peut aussi l'entretenir par la création et l'entretien de relations sociales à travers la pratique. En effet, les patients rapportent que pratiquer de l'activité physique avec des amis ou de la famille renforce la sensation de plaisir. Cette notion était également très présente dans le rapport de l'INSERM (35), selon lequel une socialisation positive augmente les chances de faire du sport toute sa vie. Une situation de socialisation réduite comme l'inactivité professionnelle entraîne une moindre pratique. Aussi, plus on a de proches qui font de l'exercice avec soi toutes les semaines, plus on a de chances d'atteindre le niveau d'activité physique recommandé.

Le soutien de l'entourage du patient est important pour sa motivation. Le patient peut se sentir soutenu et entraîné par les encouragements de ses proches, ou au contraire vouloir leur montrer ce dont il est capable si l'on croit peu en lui. Les expériences vécues par leurs proches influencent aussi les patients, qui peuvent prendre exemple sur quelqu'un qu'ils considèrent comme un modèle ou au contraire rejeter complètement un schéma qu'ils ont vu se produire autour d'eux.

Place du médecin généraliste :

Les patients et les médecins rapportaient que le recours spontané au médecin généraliste pour l'accompagnement à la pratique d'activité physique restait faible en prévention primaire. Les médecins sont essentiellement sollicités dans le cadre d'une démarche de perte de poids, ou en prévention secondaire, après un événement de santé alarmant. C'est aussi la constatation de l'étude de Lehr Drylewicz et al. (42) : les patients consultent essentiellement pour des comorbidités, ce qui rend difficile le fait d'aborder le sujet du poids et de l'exercice. L'objectif doit être d'informer le patient sur les risques liés à son surpoids et sur les moyens à disposition, la décision finale revenant au patient. Une étude a comparé les avis de patients et de médecins concernant la stratégie de prise en charge du poids dans le système de soins (58).

Les médecins pensaient qu'ils pouvaient aider alors que leurs patients pensaient qu'ils devaient gérer leur poids seul et que l'aide du médecin ne leur serait pas utile. Les médecins trouvaient qu'ils n'avaient pas assez de temps de consultation pour cette prise en charge, ce qui n'était pas ressenti par les patients, probablement car ils ne l'attendaient pas de leur médecin. Selon les médecins, c'est l'absence de prise de conscience des risques de l'inactivité, de la sédentarité et du surpoids qui en est la principale cause. Pour cela, leur rôle est avant tout un rôle d'information, en insistant sur le bénéfice notamment cardiovasculaire à pratiquer de l'activité physique, et en prévenant de la faible perte de poids associée à la pratique d'activité physique seule, dans le but d'obtenir des résultats à long terme. Leur rôle est également d'orienter le patient vers d'autres professionnels de santé ou d'intervenants de l'APA afin qu'ils l'accompagnent dans cette procédure de changement. En effet, devant le manque de temps de consultation et de formation pour pratiquer l'éducation thérapeutique, une stratégie envisageable serait le partage et la coordination de cette prise en charge avec ces professionnels de l'activité physique. Afin que cela puisse être réalisable, une meilleure information des généralistes sur les personnes et structures ressources auxquelles ils peuvent faire appel pour leurs patients semble être nécessaire.

Concernant la prescription d'activité physique, aucun médecin interrogé ne l'avait encore utilisée, mais ceux qui l'ont abordée en avaient des avis différents. L'aide apportée par cette prescription était perçue comme essentiellement financière, ce qui ne semblait pourtant pas être un frein majeur à la pratique. Toutefois, elle pourrait aider le patient à prendre conscience de l'importance des bienfaits de l'activité physique sur la santé. L'inactivité physique, actuellement banalisée, serait alors prise en compte comme une « vraie » maladie.

Les médecins participants ne connaissaient précisément ni les modalités de prescription et ses conditions d'application, ni son apport direct pour le patient et pour leur pratique quotidienne. Cela peut peut-être s'expliquer par le caractère encore récent de la réforme concernant la prescription du sport sur ordonnance ; cet apprentissage devrait, dans le futur, faire partie de la formation des médecins généralistes.

Les médecins constataient qu'il fallait que le patient se sente prêt avant de pouvoir aborder le sujet de l'activité physique avec lui. Il est important de tenir compte de son état d'esprit, d'évaluer la souffrance et le mal-être liés à son surpoids, de comprendre ses complexes et ses difficultés, et d'aborder l'activité physique dans le cadre d'une prise en charge globale et non isolée. Le patient doit se sentir mieux avant de pouvoir envisager de commencer une pratique.

Le médecin n'a pas un rôle moralisateur, il doit établir un partenariat avec le patient pour l'amener à une prise de conscience.

Simon et Chabrier (62) nous proposent de nous appuyer sur les stades de changement de Prochaska et Di Clemente pour conseiller les patients en fonction de leur motivation :

- Pour le sujet sédentaire (pré contemplatif), l'objectif est de l'aider à sortir du fauteuil, d'arriver à une prise de conscience par l'information et l'éducation. Les conseils doivent être centrés sur des activités de la vie quotidienne.
- Pour le sujet insuffisamment actif, il faut proposer une activité modérée avec des conseils précis et individualisés centrés sur la vie quotidienne et les loisirs, comme la marche, le vélo, la natation par exemple.
- Pour le sujet déjà actif, le but est de l'aider à garder la cadence en anticipant les difficultés potentielles.

C'est également cette idée que l'on retrouve dans la pyramide d'activité proposée par Thuan et Avignon (63), en réponse à l'échec des programmes traditionnels d'activité physique liés à un schéma standard ne tenant pas compte des spécificités individuelles de chacun. Elle insiste d'abord sur les activités de la vie quotidienne, puis les activités d'endurance, puis de haute intensité. Là encore, le médecin généraliste peut être aidé de l'intervenant en APA dans l'accompagnement de son patient à travers les différents stades, en mettant en place conjointement des stratégies de cheminement et de modification des comportements insuffisamment actifs, par le biais de l'éducation thérapeutique, du suivi, et de la réévaluation régulière.

II LIMITES DE L'ÉTUDE

- Recrutement

Le recrutement a été opportuniste puisque les médecins ont été recrutés dans l'entourage des investigateurs, et les patients avaient tous un de ces médecins en tant que médecin traitant. Cela a pu créer un biais de sélection mais a aussi permis une meilleure adhésion à l'étude et a donc limité le biais de participation.

Le nombre de participants était faible mais déterminé par la saturation des données de l'analyse faite au fur et à mesure. Le but n'était pas d'avoir une forte puissance statistique et d'arriver à une généralité des résultats mais de recueillir un maximum de diversité dans les opinions.

- Recueil des données

Le recueil des données issues des entretiens avec les médecins a été réalisé à leur cabinet, sur leur temps de consultation ou bien lors de leur pause déjeuner. Cela a pu mener à des interruptions téléphoniques ou à un écourtement de l'entretien par manque de temps.

Les entretiens étaient enregistrés par un enregistreur audio, mais n'étaient pas filmés ce qui n'a pas permis de retranscrire la communication non verbale comme la gestuelle et les attitudes de l'interviewé.

L'intervieweur s'est efforcé d'adopter une attitude neutre lors des entretiens afin de ne pas orienter les interviewés et ne pas suggérer de réponses, mais son absence de formation préalable à la réalisation de ces entretiens a pu causer un biais d'investigation.

Il existe également un risque de biais de désirabilité sociale de la part des médecins interrogés qui ont pu rapporter des pratiques différentes de leur pratique quotidienne par souci de jugement de leurs performances.

- Analyse des données

Il peut y avoir un biais d'interprétation des données, inhérent à la méthode de recherche qualitative, mais qui a tenté d'être limité par la triangulation de l'analyse des données par le directeur et la co-directrice de thèse.

- Résultats

La théorie produite par la recherche qualitative est réalisée à partir de plusieurs cas qui ne forment pas un échantillon représentatif de la population générale et donc elle ne permet pas une généralisation statistique, sa portée n'est pas universelle (68).

III POINTS FORTS DE L'ÉTUDE

La sélection d'une population d'adultes exclusivement en surpoids ou obèses rend cette étude pertinente, puisqu'elle recherche les obstacles à la pratique d'activité physique au sein même de la population qui est la moins physiquement active et qui pourrait pourtant en tirer le maximum de bénéfices en terme de santé. En effet, nous avons vu que les principaux obstacles à la pratique identifiés précédemment étaient le manque de temps, le manque de motivation, les contraintes familiales ou professionnelles, les limitations physiques. Mais nous avons vu aussi que l'importance relative de ces barrières semble différente en fonction de l'âge, du poids, du sexe, du niveau socio-économique, des antécédents de pratique et des comorbidités. Cette étude est, à notre connaissance, la première en France à évaluer de manière qualitative les difficultés ressenties par les personnes en surpoids ou obèses.

Malgré un échantillon de faible importance, nous avons recueilli une grande diversité d'expériences parmi des patients actifs, inactifs, ou anciennement inactifs, ce qui apporte à l'étude une grande richesse de données, même si leur généralisation est questionnable.

Une autre force de cette étude est son originalité par la mise en relation des perceptions croisées des patients et des médecins. Le but était d'améliorer la compréhension mutuelle au sein de la relation entre le patient et son médecin, pour une meilleure prise en charge.

IV CONCLUSION ET MISES EN PERSPECTIVE DE L'ÉTUDE

En conclusion, nous retenons le caractère pluridimensionnel, à la fois physique, psychologique et environnemental, des facteurs pouvant freiner la pratique d'activité physique chez les personnes en surpoids ou obèses. Leur répartition est variable selon les individus, ce qui rend nécessaire une prise en charge personnalisée et adaptée à chacun.

Les limitations physiques exprimées par les patients, essentiellement les douleurs, les pathologies associées et le déconditionnement à l'effort sont généralement bien identifiées par les médecins. Les facteurs environnementaux sont ressentis différemment selon le statut du participant mais semblent pourtant être liés. En effet, les problèmes de temps et d'organisation semblent être associés d'une part à des contraintes spatio-temporelles, mais aussi à une absence de motivation pour la pratique, conséquence d'une méconnaissance du sport que l'on peut attribuer au mode de vie actuel de plus en plus sédentaire et à la reproduction d'un

schéma transmis par les parents. Enfin, la souffrance psychologique entretenue par des expériences stigmatisantes, un sentiment d'incompréhension de la part des professionnels de santé et d'échec lié à une offre actuellement inadaptée, participe à l'absence de changement des comportements inactifs.

Pour vérifier et confirmer ces résultats, le schéma de cette étude pourrait être reproduit sur un effectif de population plus important et sur un échantillon géographique et socio-culturel différent. Les résultats mis en évidence dans cette étude pourraient aussi être testés de manière quantitative, afin d'examiner les relations entre les différents types de facteurs et le niveau objectif d'activité physique (par exemple mesuré par un accéléromètre).

Enfin, il pourrait être pertinent d'étudier plus précisément quelles sont les conditions qui mènent à la décision de débiter une activité physique chez les inactifs qui ont augmenté leur pratique, puisque nous avons vu que l'absence de prise de conscience et la difficulté à "faire le premier pas" chez ces patients étaient des obstacles majeurs pour débiter une pratique. Le rôle de l'éducation et des expériences de pratique durant l'enfance mériteraient, par exemple, d'être explorés individuellement car il semble avoir un rôle prépondérant dans le mode de pratique à l'âge adulte. Une prise en charge pluridisciplinaire, et notamment une collaboration entre le médecin généraliste et l'intervenant en APA est suggérée pour accompagner le patient dans une démarche de modification de son comportement.

RÉSUMÉ

Obstacles et facilitateurs de la pratique d'activité physique chez les personnes en surpoids ou obèses : étude qualitative auprès de patients et de leur médecin généraliste

Objectifs : Notre objectif principal était d'identifier la perception des obstacles à la pratique d'activité physique chez des patients en surpoids ou obèses et leur médecin généraliste.

Notre objectif secondaire était d'identifier les facilitateurs à la pratique d'activité physique et de préciser le rôle du médecin généraliste dans l'aide à la pratique au sein de cette population.

Matériel et Méthodes : Il s'agissait d'une étude qualitative et descriptive, réalisée par entretiens individuels semi-directifs auprès de patients et de médecins généralistes des Alpes-Maritimes.

Résultats : Neufs patients et six médecins ont participé à l'étude. Les obstacles à la pratique identifiés sont pluridimensionnels : physiques, psychologiques et socio-environnementaux. Parmi les facteurs socio-environnementaux, on retrouve principalement les difficultés organisationnelles (manque de temps et obligations familiales ou professionnelles) et l'évolution du mode de vie (consommation et sédentarisation). Les obstacles physiques concernent les douleurs, les pathologies associées et le déconditionnement à l'effort, tandis que les facteurs psychologiques touchent à l'absence de motivation pour la pratique, l'absence de prise de conscience des enjeux de l'activité physique, les difficultés liées à la perception de soi et les affects négatifs (dépression, peur de se blesser, anxiété physique sociale). Certains obstacles ressentis par les patients sont perçus différemment par leur médecin.

Conclusion : Les difficultés physiques exprimées par les patients sont généralement bien identifiées par les médecins. Les problèmes de temps et d'organisation semblent être associés d'une part à des contraintes spatio-temporelles, mais aussi à une absence de motivation et de plaisir à pratiquer, conséquence d'une méconnaissance du sport que l'on peut attribuer au mode de vie actuel de plus en plus sédentaire et à la reproduction d'un schéma transmis par les parents. La souffrance psychologique entretenue par des expériences stigmatisantes, un sentiment d'incompréhension de la part des professionnels de santé et d'échec lié à une offre actuellement inadaptée, participe à l'absence de changement des comportements.

La répartition variable de ces facteurs selon les individus rend nécessaire une prise en charge personnalisée et adaptée à chacun au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Mots Clés : activité physique, surpoids, obésité, obstacles, facilitateurs, promotion de la santé

BIBLIOGRAPHIE

1. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail- Actualisation Des Repères Du Plan National Nutrition Santé - Révisions Des Repères Relatifs à L'activité Physique et à La Sédentarité, Février 2016
[En ligne] <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>
2. Allender S., Cowburn G., and Foster C., "Understanding Participation in Sport and Physical Activity among Children and Adults: A Review of Qualitative Studies," *Health Education Research* 21, no. 6 (December 1, 2006): 826–35
3. Apostolidis, T., "Représentations sociales et triangulation : enjeux théorico-méthodologiques." In : Abric, J-C., *Méthodes d'étude des représentations sociales*, Eres (2003) : 13-35
4. Arem H. et al., "Leisure Time Physical Activity and Mortality: A Detailed Pooled Analysis of the Dose-Response Relationship," *JAMA Internal Medicine* 175, no. 6 (June 1, 2015): 959
5. Atlantis E., Barnes E. H., and Ball K., "Weight Status and Perception Barriers to Healthy Physical Activity and Diet Behavior," *International Journal of Obesity* 32, no. 2 (February 2008): 343–52
6. Attalin V., Romain A-J., and Avignon A., "Physical-Activity Prescription for Obesity Management in Primary Care: Attitudes and Practices of GPs in a Southern French City," *Diabetes & Metabolism* 38, no. 3 (June 2012): 243–49
7. Aubin-Auger, Mercier, Baumann, Lehr-Drylewicz, Imbert, Letrilliart, "Introduction à la recherche qualitative", *exercer*, 84, (2008) :142-5
8. Azur Sport Santé – Agita [en ligne] <http://www.agita.fr>
9. Baruth M. et al., "Perceived Barriers to Exercise and Healthy Eating Among Women from Disadvantaged Neighborhoods: Results from a Focus Groups Assessment," *Women & Health* 54, no. 4 (May 19, 2014): 336–53
10. Bauman A. E. et al., "Correlates of Physical Activity: Why Are Some People Physically Active and Others Not?," *The Lancet* 380, no. 9838 (July 2012): 258–71
11. Bautista-Castaño I. et al., "Variables Predictive of Adherence to Diet and Physical Activity Recommendations in the Treatment of Obesity and Overweight, in a Group of Spanish Subjects," *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity* 28, no. 5 (May 2004): 697–705

12. Blais M. et Martineau S, “L’analyse inductive générale : description d’une démarche visant à donner un sens à des données brutes“, *Recherches qualitatives – vol 26(2)* (2006) : 1-18 [en ligne] http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26%282%29/blais_et_martineau_final2.pdf
13. Blanchet A., and Gotman A., “Série « L’enquête et ses méthodes » : L’entretien (2e éd. Refondue)“, Paris : Armand Colin (2010)
14. Bombak A. E. , “Obese Persons’ Physical Activity Experiences and Motivations across Weight Changes: A Qualitative Exploratory Study,” *BMC Public Health* 15, no. 1 (December 2015)
15. Booth M. L. et al., “Physical Activity Preferences, Preferred Sources of Assistance, and Perceived Barriers to Increased Activity among Physically Inactive Australians,” *Preventive Medicine* 26, no. 1 (January 1997): 131–37
16. Budd G. M. et al., “Health Care Professionals’ Attitudes about Obesity: An Integrative Review,” *Applied Nursing Research* 24, no. 3 (August 2011): 127–37
17. Bull F. and Jamrozik K., “Advice on Exercise from a Family Physician Can Help Sedentary Patients to Become Active,” *American Journal of Preventive Medicine* 15, no. 2 (August 1, 1998): 85–94
18. Campbell K. et al., “Obesity Management: Australian General Practitioners’ Attitudes and Practices,” *Obesity Research* 8, no. 6 (September 2000): 459–66
19. Claridge R. et al., “General Practitioner Opinion of Weight Management Interventions in New Zealand,” *Journal of Primary Health Care* 6, no. 3 (September 1, 2014): 212–20.
20. Davis J. N., Hodges V. A., and Gillham M. B., “Physical Activity Compliance: Differences between Overweight/Obese and Normal-Weight Adults,” *Obesity* 14, no. 12 (décembre 2006): 2259–65
21. Denzin N.K., “The research act: A theoretical introduction to sociological methods.“ New York: McGraw-Hill (1978)
22. Dishman R. K., Sallis J. F., and Orenstein D. R., “The Determinants of Physical Activity and Exercise.,” *Public Health Reports* 100, no. 2 (1985): 158–71.
23. Douglas F. et al., “Primary Care Staff’s Views and Experiences Related to Routinely Advising Patients about Physical Activity. A Questionnaire Survey,” *BMC Public Health* 6, no. 1 (December 2006)
24. Duclos M., “Sport, Santé, Activité Physique, Sédentarité : De Quoi Parle-T-on ?” [en ligne] http://www.sports.gouv.fr/IMG/Pdf/Sport-_santeactivitephysique-Sedentarite.pdf

25. Duclos M. et al., "Activité physique et diabète de type 2," *Médecine des Maladies Métaboliques* 6, no. 1 (February 2012): 80–96
26. Duclos M. et al., "Position de consensus : activité physique et obésité chez l'enfant et chez l'adulte," *Science & Sports* 25, no. 4 (September 2010): 207–25
27. Dunn A. L. et al., "Comparison of Lifestyle and Structured Interventions to Increase Physical Activity and Cardiorespiratory Fitness: A Randomized Trial," *JAMA* 281, no. 4 (January 27, 1999): 327–34
28. Edmunds J., Ntoumanis N., Duda J., "Adherence and Well-Being in Overweight and Obese Patients Referred to an Exercise on Prescription Scheme: A Self-Determination Theory Perspective," *Psychology of Sport and Exercise* 8, no. 5 (September 2007): 722–40
29. Ekkekakis P. et al., "The Mysterious Case of the Public Health Guideline That Is (Almost) Entirely Ignored: Call for a Research Agenda on the Causes of the Extreme Avoidance of Physical Activity in Obesity: Physical Activity Avoidance in Obesity P. Ekkekakis et Al.," *Obesity Reviews* 17, no. 4 (April 2016): 313–29
30. Fielding N. et Scheier M., "Introduction: On the Compatibility between Qualitative and Quantitative Research Methods", Forum: Qualitative Social Research, Vol 2, No.1, Art.4 (February 2001) [en ligne] <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/%20article/view%20/965/%202106>
31. Flick U., "An introduction to qualitative research." London: Sage Publications (1998).
32. Forman-Hoffman V., Little A., and Wahls T. "Barriers to Obesity Management: A Pilot Study of Primary Care Clinicians," *BMC Family Practice* 7, no. 1 (December 2006)
33. Guinhouya B. C., "Le Conseil En Activité Physique Dans Le Cadre Des Soins Primaires: Aperçu de La Méthode Des « 5A »," *Education Thérapeutique Du Patient - Therapeutic Patient Education* 2, no. 2 (December 2010): S201–11
34. Haute Autorité de Santé, "Surpoids et Obésité de L'adulte : Prise En Charge Médicale de Premier Recours." (Septembre 2011) [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_27_surpoids_obesite_adulte_v5_pao.pdf
35. Institut national de la santé et de la recherche médicale - Expertise Collective - Activité Physique, Contexte et Effets Sur La Santé [en ligne] http://www.inserm.fr/Content/Download/.../Activite_physique_contextes_effets_santé.pdf
36. Institut national de la santé et de la recherche médicale - OBEPi 2012 - Enquête Épidémiologique Nationale Sur Le Surpoids et L'obésité [en ligne] http://www.roche.fr/Content/Dam/Roche_france/fr_FR/Doc/obepi_2012.pdf

37. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé - L'activité Physique Au Quotidien Protège Votre Santé [en ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/04/dp040211.pdf>
38. Kohl H. W. et al., "The Pandemic of Physical Inactivity: Global Action for Public Health," *The Lancet* 380, no. 9838 (July 2012): 294–305
39. Korkiakangas E. E., Alahuhta M. A., and Laitinen J. H., "Barriers to Regular Exercise among Adults at High Risk or Diagnosed with Type 2 Diabetes: A Systematic Review," *Health Promotion International* 24, no. 4 (December 1, 2009): 416–27
40. Kreuter M. W., Chheda S. G., and Bull F. C., "How Does Physician Advice Influence Patient Behavior?: Evidence for a Priming Effect," *Archives of Family Medicine* 9, no. 5 (May 1, 2000): 426
41. Lee I-M. and Skerrett P. J., "Physical Activity and All-Cause Mortality: What Is the Dose-Response Relation?," *Medicine and Science in Sports and Exercise* 33, no. Supplement (June 2001): S459–71
42. Lehr Drylewicz AM, Renoux C, Savan L, Lebeau JP., "La Prise En Charge Du Surpoids En Médecine Générale : Mission Impossible?," *Exercer* 2010;94:130-5.
43. Leone L. and Ward D., "A Mixed Methods Comparison of Perceived Benefits and Barriers to Exercise between Obese and Nonobese Women," *Journal of Physical Activity and Health* 10, no. 4 (May 2013): 461–69
44. Lidegaard L. P. et al., "Barriers to and Motivators for Physical Activity among People with Type 2 Diabetes: Patients' Perspectives," *Diabetic Medicine* 33, no. 12 (December 2016): 1677–85
45. Livre blanc du sport sur ordonnance [en ligne] <http://sport-ordonnance.fr/wp-content/uploads/2017/06/livre-blanc-sport-ordonnance.pdf>
46. Mama S. K. et al., "Individual, Social and Environmental Correlates of Physical Activity in Overweight and Obese African American and Hispanic Women: A Structural Equation Model Analysis," *Preventive Medicine Reports* 2 (2015): 57–64
47. Mama S. K. et al., "Using Community Insight to Understand Physical Activity Adoption in Overweight and Obese African American and Hispanic Women: A Qualitative Study," *Health Education & Behavior* 42, no. 3 (June 2015): 321–28
48. McInnis K. J., Franklin B. A., and Rippe J. M., "Counseling for Physical Activity in Overweight and Obese Patients," *American Family Physician* 67, no. 6 (March 15, 2003): 1249–56.

49. Mendelson M. et al., "Activité physique dans la prise en charge de l'obésité : effets bénéfiques et modalités pratiques," *Obésité* 7, no. 3 (September 2012): 160–68
50. Miller WC, Kojima DM, Hamilton EJ., "A meta-analysis of the past 25 years of weight loss research using diet, exercise or diet plus exercise intervention", *Int J Obes Relat Metab Disord.*, 21(10), (1997 October) : 941-7
51. Minerva - Evidence Based Medicine – Glossaire [en ligne] <http://www.minerva-bebm.be/Home/Glossary?alpha=e#glossaryId83>
52. Netgen, "Comment Prescrire En Pratique Médicale L'exercice Physique ?," *Revue Médicale Suisse*, [en ligne] (December 2016) <https://www.revmed.ch/RMS/2002/RMS-2394/22210>.
53. Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité, "Etat des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France – édition 2017" [en ligne] http://www.onaps.fr/data/documents/Onaps_TAB2017.pdf
54. Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité, "Sport santé sur ordonnance – contexte et exemples de mises en œuvre – octobre 2017" [en ligne] http://www.onaps.fr/data/documents/Onaps_PRN2SBE_Sport-sur-ordonnance.pdf
55. Organisation Mondiale de la Santé : Activité Physique Aide- Mémoire N°384 (Juin 2016) [en ligne] <http://www.who.int/Mediacentre/Factsheets/fs385/Fr/>
56. Organisation Mondiale de la Santé : Recommandations Mondiales Sur L'activité Physique Pour La Santé [en ligne] http://www.who.int/Dietphysicalactivity/Factsheet_recommendations/Fr/
57. Pires A.P., "Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique", in Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires, *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Gaëtan Morin éditeur (1997) , pp. 113–169.
58. Ruelaz A. R. et al., "Perceived Barriers to Weight Management in Primary Care— Perspectives of Patients and Providers," *Journal of General Internal Medicine* 22, no. 4 (March 19, 2007): 518–22
59. Sallinen J. et al., "Perceived Constraints on Physical Exercise among Obese and Non-Obese Older People," *Preventive Medicine* 49, no. 6 (December 2009): 506–10
60. Sallis J. F. and Glanz K., "Physical Activity and Food Environments: Solutions to the Obesity Epidemic," *Milbank Quarterly* 87, no. 1 (March 2009): 123–54

61. Sebiany A., "Primary Care Physicians' Knowledge and Perceived Barriers in the Management of Overweight and Obesity," *Journal of Family and Community Medicine* 20, no. 3 (2013): 147
62. Simon C. and Chabrier G., "Comment prescrire l'activité physique en pratique médicale ?," *Annales d'Endocrinologie* Vol 66, N° 2-C3 (avril 2005) : 2S29-2S35
63. Thuan J-F. and Avignon A., "Comment Les Médecins Généralistes Prennent-Ils En Charge Leurs Patients Adultes Obèses ? Une Enquête Transversale En Languedoc-Roussillon," *Médecine* 2, no. 6 (June 1, 2006): 276–81.
64. Toft B. S. and Uhrenfeldt L., "Facilitators and Barriers to Physical Activity Experienced among Morbidly Obese Adults: A Systematic Review Protocol of Qualitative Evidence:," *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 12, no. 6 (June 2014): 13–23
65. Toft B. S. and Uhrenfeldt L., "The Lived Experiences of Being Physically Active When Morbidly Obese: A Qualitative Systematic Review," *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 10, no. 0 (September 22, 2015)
66. Vuillemin A., "Le point sur les recommandations de santé publique en matière d'activité physique," *Science & Sports*, July 2011
67. Wei M. , "Relationship Between Low Cardiorespiratory Fitness and Mortality in Normal-Weight, Overweight, and Obese Men," *JAMA* 282, no. 16 (October 27, 1999): 1547
68. Yin R K. , "Applications of Case Study Research", Thousand Oaks (CA), Sage Publications (2012, 3rd ed.)

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche d'information pour le recrutement des patients

INFORMATION PARTICIPATION À L'ÉTUDE :

OBSTACLES À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ LES PERSONNES EN SURPOIDS : REPRÉSENTATIONS DES PATIENTS ET DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Afin de réaliser une étude dans le cadre de ma thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine, j'ai besoin de recueillir des témoignages de patients concernant leur pratique d'activité physique, leurs habitudes, leurs expériences personnelles, les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien...

L'objectif de cette étude est d'identifier si les médecins généralistes ont une bonne perception des difficultés que rencontrent leurs patients à pratiquer une activité physique régulièrement.

Que vous pratiquiez une activité régulière ou non, votre expérience me sera bénéfique pour mon étude.

Votre participation consistera en un entretien d'environ 30 minutes, que nous programmerons ensemble selon vos disponibilités, afin que je vous pose les quelques questions qui serviront à mon analyse.

Votre participation sera complètement anonyme.

Les résultats de l'étude pourront vous être transmis si vous le souhaitez.

Merci de votre intérêt,

Amandine Trancart

Si vous souhaitez participer, merci de me laisser vos coordonnées afin que je puisse vous joindre pour convenir d'un rendez-vous :

NOM :

PRENOM :

N° de téléphone ou mail :

Votre poids :

Votre taille:

Une fois cette fiche remplie, merci de la déposer au secrétariat, je vous contacterai dès que possible.

Annexe 2 : *Caractéristiques des patient recrutés*

Le tableau 6 représente les données socio-démographiques et anthropométriques des patients interrogés.

Tableau 6 – *Données socio-démographiques et anthropométriques des patients interrogés*

N° patient	Âge	Sexe	IMC	Ricci et Gagnon	Situation familiale	Catégorie socio-professionnelle	Revenus	ATCD	consultation MG/an
1	56	M	26,3	35	marié	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	>30 000/an	Tabac, lombalgies chroniques	3
2	81	M	31,5	25	marié	Retraité cadre et profession intellectuelle supérieure	>30 000/an	Tabac sevré, HTA, Diabète de type 2, Maladie de Parkinson	6
3	76	F	30	29	vit seule	Retraîtée employée qualifiée	15 000 à 30 000/an	BPCO, cancer du sein, hypothyroïdie, arthrose, prothèse totale de genou droit	4
4	72	F	31,5	27	vit seule	Retraîtée employée qualifiée	15 000 à 30 000/an	HTA, diabète de type 2, hypothyroïdie, polyarthrite rhumatoïde, prothèses totales de genou bilatérale, hernies discales lombaires	4
5	43	F	25,8	24	mariée, 2 enfants	Cadre et profession intellectuelle supérieure	>30 000/an	-	5
6	38	M	27,5	28	marié, 2 enfants	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	>30 000/an	Tabac sevré	3
7	55	M	25	18	marié, 2 enfants	Cadre et profession intellectuelle supérieure	>30 000/an	Tabac sevré, lombalgies chroniques	1
8	67	M	33,5	21	marié	Retraité cadre et profession intellectuelle supérieure	>30 000/an	HTA, hypercholestérolémie, insuffisance veineuse, sarcoidose, lombalgies chroniques	4
9	60	M	45	19	marié	Retraité cadre et profession intellectuelle supérieure	15 000 à 30 000/an	HTA, hypercholestérolémie, diabète de type 2	10

Annexe 3 : *Caractéristiques des médecins recrutés*

Le tableau 7 représente les données socio-démographiques et anthropométriques des médecins interrogés.

Tableau 7 - *Données socio-démographiques et anthropométriques des médecins interrogés*

N° médecin	Âge	Sexe	IMC	Ricci et Gagnon	nombre d'années d'exercice	conseils donnés pour la pratique d'activité physique
1	64	M	27,8	17	33	marche rapide 45-60min/jour
2	60	F	21	21	31	marche rapide 30min/jour
3	33	F	23,1	23	2	marche rapide 30min x3/semaine
4	30	F	20,5	22	2	marche rapide 30min/jour
5	51	M	23,3	23	21	marche quotidienne + 2h sport x3/semaine
6	54	M	23,3	23	23	marche rapide 10min/jour tous les jours

Annexe 4 : Formulaire de recueil du consentement des patients**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

N° d'identification du participant :

Les obstacles à la pratique d'une activité physique régulière chez les personnes en surpoids ou obèses : perceptions des patients et des médecins généralistes.

RECHERCHE QUALITATIVE auprès de patients en surpoids ou obèses et de médecins généralistes dans les Alpes Maritimes.

Introduction:

En dépit de son importance dans la prévention de certaines maladies et de sa facilité d'application, l'activité physique reste insuffisante en France : on estime qu'entre 20 à 50% de la population adulte n'atteint pas le niveau d'activité physique recommandé.

La participation à des activités physiques de loisir est plus faible notamment chez les personnes présentant un surpoids ou une obésité.

Nous cherchons à comprendre pourquoi cette population pratique moins d'activité physique, et comment une meilleure compréhension de leurs difficultés par leur médecin pourrait les aider à augmenter leur activité.

Les objectifs de ce projet sont d'explorer :

- les obstacles rencontrés par les patients en surpoids ou obèses pour initier ou augmenter une activité physique
- la perception de ces obstacles par les médecins généralistes
- les attentes des patients et leurs besoins pour augmenter leur activité physique
- comment le médecin généraliste peut les aider à surmonter ces obstacles

La finalité est une meilleure compréhension par les médecins généralistes de leurs patients en surpoids ou obèses, notamment sur les raisons de leur faible pratique d'activité physique.

Si les médecins comprennent mieux les obstacles rencontrés par leurs patients, ils pourront mieux les interroger pour mieux les aider à les surmonter et favoriser ainsi la pratique d'une activité physique adaptée à chacun et bénéfique pour la santé.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par Amandine Trancart, interne en médecine générale, suivant vos disponibilités. Il durera environ 30minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre activité physique. Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Amandine Trancart, en collaboration avec le Dr Mellerin et le Pr D'Arripe Longueville.

Les résultats seront utilisés dans le cadre d'une thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.

Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.

Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.

Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.

Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Nom et Signature :

Date :

Annexe 5 : Guide d'entretien-patient**GUIDE D'ENTRETIEN PATIENT****1) La pratique de l'activité physique :****Si je vous parle d'activité physique, qu'est-ce que cela signifie pour vous ?**

Relances :

- Pour vous, est-ce plutôt synonyme de contrainte ou de loisir ? Pourquoi ?
- Quelle différence faites-vous entre activité physique et activité sportive ?
- Selon vous qui a besoin pour sa santé de pratiquer de l'activité physique ?

Objectif : Faire le point sur les connaissances, les croyances et les représentations de l'activité physique chez ces patients. Identifier les « fausses idées » qui peuvent influencer la pratique.

Quelle est la place de l'activité physique dans votre vie quotidienne ?

Relances :

- Quel type d'activité physique pratiquez-vous ? Pourquoi ?
- Dans quelles circonstances pratiquez-vous de l'activité physique ? (Quand ? Où ? Intégration dans la vie quotidienne ? Combien de temps ? Seul ou avec qui?)
- Quel est votre travail ? Comment vous y rendez-vous ?

Objectif : Identifier les habitudes de pratique chez ces patients, comment ils intègrent l'activité dans leur vie quotidienne, ce qu'ils aiment ou pas. Différencier les patients actifs et inactifs.

2) Les obstacles à la pratique de l'activité physique :**Quelles sont les difficultés que vous pourriez avoir à pratiquer plus d'activité physique ?**

Relances :

- Quel type de contraintes rencontrez-vous ? (fatigue, manque de temps, problème d'organisation avec la vie professionnelle ou familiale, manque de structure ou de moyens...)
- Avez-vous des craintes pour votre santé à augmenter votre activité physique ? Lesquelles et pourquoi ?

Objectif : Identifier les obstacles rencontrés par ces patients à pratiquer de l'activité physique pour mieux les aider ensuite à les surmonter. Savoir quelles sont les raisons les plus fréquentes, voir si le problème est plutôt motivationnel, organisationnel, structurel... Différencier les difficultés ressenties chez les patients actifs et ceux qui le sont moins.

3) Les facilitateurs :**Comment pensez-vous pouvoir surmonter ces difficultés ?**

Relances :

- De quoi auriez-vous besoin pour le faire ? Qui pourrait vous aider ?

Objectif : Connaître les attentes de ces patients, leurs besoins, leurs envies. Voir s'ils pensent spontanément que leur médecin peut être une aide.

Qu'est-ce que vous aimez dans le fait de pratiquer de l'activité physique ?

Relances :

- Quels bénéfices ressentez-vous à pratiquer de l'activité physique ?
- Quel type d'activité physique préférez-vous pratiquer ? Pourquoi ?
- Dans quelles circonstances préférez-vous pratiquer de l'activité physique ? (structure, plein air, seul, en groupes...)

Objectif : Rechercher les facteurs qui sont associés positivement à l'activité physique chez ces patients, qui pourraient les motiver et sur lesquels on devrait s'appuyer pour les conseiller et les aider.

4) Le rôle du médecin généraliste :

Votre médecin généraliste vous a-t-il déjà parlé d'activité physique ?

- Si oui :

- Comment l'a-t-il abordé ? A quelle occasion ?
- Comment l'avez-vous pris ?
- Avez-vous l'impression qu'il vous a reproché votre inactivité ? Pourquoi ?
- Que vous a-t-il conseillé ? (type, quantité, support information)
- Avez-vous appris des choses sur l'activité physique que vous ne saviez pas ou pensiez pas ? Lesquelles ?
- Est-ce que cela a modifié votre pratique ? Comment ? Décrivez-moi par exemple une chose qui a changé après que votre médecin généraliste vous ait conseillé.

- Si non :

- Pensez-vous qu'il est utile d'aborder le sujet avec lui ? Pourquoi ?
- Qui doit initier la discussion selon vous ? Pourquoi ?

Objectif : Connaître le ressenti de ces patients lorsqu'on aborde le sujet, savoir s'ils se sentent stigmatisés ou si leur relation avec leur médecin leur permet d'en parler librement.

Savoir si les conseils en activité physique qu'ont reçu les patients sont adaptés, si cela les a aidé et comment. Evaluer l'effet des conseils en activité physique, l'observance des patients, ce qui fonctionne et ce qui a moins d'impact.

Quelles sont vos attentes vis à vis de votre médecin généraliste pour vous aider à augmenter votre activité physique ?

Relances :

- Qu'aimeriez-vous qu'il mette en place pour vous aider ? (mise en relation avec un éducateur sportif, kiné, renseignements sur où pratiquer...)
- Est-ce qu'un support pourrait vous aider ? Lequel ? (Fiches d'informations, prescription, programme d'activité...)

Objectif : Identifier les attentes et les besoins des patients, quelle stratégie doit-on développer pour les aider davantage.

Annexe 6 : Guide d'entretien-médecin**GUIDE D'ENTRETIEN MEDECIN****1) Les obstacles rencontrés par les patients :**

Question :

Quelles sont, à votre avis, les difficultés rencontrées par les patients en surpoids ou obèses pour pratiquer une activité physique ?

Relances :

- Pourquoi selon vous un patient en surpoids va avoir plus de difficultés à faire de l'activité physique ?
- Quelles sont les raisons qu'ils vous donnent le plus fréquemment ?

Objectif : Savoir quelles sont les croyances et les représentations que se font les médecins des difficultés rencontrées par les patients et vérifier si elles correspondent aux réalités exprimées par les patients.

2) Les facteurs motivationnels :

Question :

Qu'est-ce qui pourrait les motiver à pratiquer plus d'activité selon vous ?

Relances :

Chez vos patients ayant augmenté leur activité physique après vos conseils, quel a été l'élément déclencheur ?

Question :

Sur quels arguments vous appuyez-vous pour les motiver ?

Relances :

- Que leur conseillez-vous ?

Objectifs : De la même façon, identifier les facteurs facilitateurs perçus par les médecins et les comparer à ceux exprimés par les patients. S'appuyer sur des retours d'expériences positifs des médecins.

3) Le rôle du médecin généraliste :

Question :

Comment abordez-vous le sujet de l'activité physique avec vos patients en surpoids ou obèses ?

Relance :

- Quelle occasion choisissez-vous en général pour aborder le sujet ?
- Est-il plus fréquent que ce soit eux qui vous sollicitent ou vous qui en parlez spontanément ?
- En quoi cela est-il facile ou difficile d'aborder ce sujet avec vos patients en surpoids ou obèses ?

Question :

Que leur conseillez-vous en pratique ?

Relance :

- Comment et combien d'activité physique leur conseillez-vous de pratiquer ?
- Quel type d'activité physique conseillez-vous le plus fréquemment ?
- Utilisez-vous des supports ? Lesquels ?

Objectif : Evaluer la communication des médecins, la façon d'aborder le sujet, et si leurs conseils sont adaptés à leurs patients.

Question :

Que faites-vous lorsqu'un patient ne suit pas vos conseils ?

Relances :

- Cherchez-vous systématiquement à savoir pourquoi ?
- Comment adaptez-vous vos conseils ?

Objectif : Savoir si les obstacles rencontrés par les patients sont identifiés par les médecins de manière à les aider à les surmonter ensemble, et les stratégies développées pour le faire.

Question :

Qu'est-ce que vous ressentez lorsqu'un patient ne suit pas vos conseils ?

Relance :

- Vous est-il déjà arrivé de ne pas parler d'activité physique à un patient parce que vous pressentiez qu'il ne suivrait pas vos conseils ? Qu'est ce qui vous le faisait croire ?

Objectif : Connaitre le ressenti et l'interprétation des médecins lors d'une mauvaise observance du patient, si cela influe leur prise en charge et comment.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque.