



**HAL**  
open science

# Étude des freins des patients diabétiques et/ou obèses à la poursuite d'une activité physique adaptée via une association dédiée

Doriane Laval

## ► To cite this version:

Doriane Laval. Étude des freins des patients diabétiques et/ou obèses à la poursuite d'une activité physique adaptée via une association dédiée. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02390456

**HAL Id: dumas-02390456**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02390456v1>**

Submitted on 3 Dec 2019

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

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



**Faculté des sciences  
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Etude des freins des patients diabétiques et/ou obèses à la poursuite d'une  
activité physique adaptée via une association dédiée**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 17 Octobre 2019**

**Par Madame Doriane LAVAL**

**Née le 3 avril 1992 à Firminy (42)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur VALERO René**

**Président**

**Monsieur le Professeur DISDIER Patrick**

**Assesseur**

**Monsieur le Professeur DARMON Patrice**

**Assesseur**

**Madame le Docteur PERNOD Anne**

**Directeur**





**Faculté des sciences  
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Etude des freins des patients diabétiques et/ou obèses à la poursuite d'une  
activité physique adaptée via une association dédiée**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 17 Octobre 2019**

**Par Madame Doriane LAVAL**

**Née le 3 avril 1992 à Firminy (42)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur VALERO René**

**Président**

**Monsieur le Professeur DISDIER Patrick**

**Assesseur**

**Monsieur le Professeur DARMON Patrice**

**Assesseur**

**Madame le Docteur PERNOD Anne**

**Directeur**

# AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

**Président** : Yvon BERLAND

## FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

**Administrateur provisoire**: Georges LEONETTI

**Affaires Générales** : Patrick DESSI  
**Professions Paramédicales** : Philippe BERBIS

**Asseseurs :**

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

**Chargés de mission :**

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

**Chef des services généraux** : Déborah ROCCHICCIOLI

**Chefs de service :**

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

### DOYENS HONORAIRES

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

**PROFESSEURS HONORAIRES**

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

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

## PROFESSEURS HONORIS CAUSA

### 1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)  
CID DOS SANTOS (Portugal)

### 1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)  
T.A. LAMBO (Suisse)

### 1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)  
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

### 1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)  
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

### 1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)  
C.GIBBS (U.S.A.)  
J. DACIE (Grande-Bretagne)

### 1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

### 1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)  
R.D. ADAMS (U.S.A.)

### 1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)  
M. SCHOU (Danemark)  
M. AMENT (U.S.A.)  
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)  
S. REFSUM (Norvège)

### 1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

### 1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)  
KLINSMANN (R.D.A.)

### 1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)  
T. MUNSAT (U.S.A.)  
LIANA BOLIS (Suisse)  
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

### 1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

### 1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)  
W.K. ENGEL (U.S.A.)  
V. ASKANAS (U.S.A.)  
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)  
A. DAVIGNON (Canada)  
A. BETTARELLO (Brésil)

### 1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

**1990**

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)  
J. PORTER (U.S.A.)

**1991**

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)  
W. BURGDORFER (U.S.A.)

**1992**

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)  
D. CARSON (U.S.A.)  
T. YAMAMURO (Japon)

**1994**

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)  
W.J. KOLFF (U.S.A.)

**1995**

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)  
M. MULLER (Suisse)  
V. BONOMINI (Italie)

**1997**

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)  
D. STULBERG (U.S.A.)  
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)  
P.I. BRANEMARK (Suède)

**1998**

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

**1999**

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)  
D. COLLEN (Belgique)  
S. DIMAURO (U. S. A.)

**2000**

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)  
C. R. CONTI (U.S.A.)

**2001**

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)  
G. HUGUES (Grande Bretagne)  
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

**2002**

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)  
K. DAI (Chine)

**2003**

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)  
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

**2004**

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

**2005**

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

**2006**

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

**2007**

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

## PROFESSEURS EMERITE

### 2008

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

### 2009

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

### 2010

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

### 2011

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

### 2012

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

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

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

### 2015

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

**2016**

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

**2017**

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

**2018**

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

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

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

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

---

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

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

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

### **PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### **PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

ADNOT Sébastien  
 FILIPPI Simon

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

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

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic  
GENTILE Gaëtan

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
GUIDA Pierre  
JANCZEWSKI Aurélie

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion  
REVIS Joana

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
*LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

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

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

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

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

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

*CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)

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

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

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
*ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)  
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

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

**CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

**CHIRURGIE GENERALE 5302**

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

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

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

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

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

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

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

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

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

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

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

*ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité*  
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

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

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

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

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

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

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

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

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

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

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

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

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

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

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

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)  
*BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre*  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
 SEITZ Jean-François (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704**

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

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

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

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

**IMMUNOLOGIE 4703**

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

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

MILLION Matthieu (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

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

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
*FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre*  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

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

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)  
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)  
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

**NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-PH)  
 RACCAH Denis (PU-PH)  
 VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*  
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)  
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

**IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

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

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

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

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

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

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**NEPHROLOGIE 5203**

*BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre*  
 BRUNET Philippe (PU-PH)  
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)  
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)  
 MOAL Valérie (PU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)  
 FUENTES Stéphane (PU-PH)  
 REGIS Jean (PU-PH)  
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)  
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)  
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)  
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)  
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)  
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)  
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)  
 FELICIAN Olivier (PU-PH)  
 PELLETIER Jean (PU-PH)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DENIS Danièle (PU-PH)  
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*  
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

**PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)  
 POINSO François (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)  
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)  
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)  
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)  
 MICHEL Justin (PU-PH)  
 NICOLLAS Richard (PU-PH)  
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)  
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*  
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)  
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*  
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)  
 SIMON Nicolas (PU-PH)  
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
 MARY Charles (MCU-PH)  
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)  
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
 MICHEL Gérard (PU-PH)  
 MILH Mathieu (PU-PH)  
 REYNAUD Rachel (PU-PH)  
 SARLES Jacques (PU-PH)  
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

**PHYSIOLOGIE 4402**

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
 BREGEON Fabienne (PU-PH)  
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)  
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)  
 FABRE Alexandre (MCU-PH)  
 OVAERT Caroline (MCU-PH)  
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)  
 BONINI Francesca (MCU-PH)  
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)  
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
 REY Marc (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

BAILLY Daniel (PU-PH)  
 LANCON Christophe (PU-PH)  
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101****RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
 CHAMOITRE Kathia (PU-PH)  
 GIRARD Nadine (PU-PH)  
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)  
 JACQUIER Alexis (PU-PH)  
 MOULIN Guy (PU-PH)  
 PANUEL Michel (PU-PH)  
 PETIT Philippe (PU-PH)  
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)  
 BARLESI Fabrice (PU-PH)  
 CHANEZ Pascal (PU-PH)  
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*  
 GREILLIER Laurent (PU PH)  
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)  
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)  
 ROCH Antoine (PU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

AMBROSI Pierre (PU-PH)  
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)  
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
 PHAM Thao (PU-PH)  
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
 KARSENTY Gilles (PU-PH)  
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
 ROSSI Dominique (PU-PH)

## REMERCIEMENTS

A Mr le Professeur VALERO René,  
Merci d'avoir accepté de présider ce jury. Je vous présente mes sincères remerciements et mon plus profond respect.

A Mr le Professeur DISDIER Patrick,  
Merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.

A Mr le Professeur DARMON Patrice,  
Merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez trouver ici le témoignage de mes remerciements sincères.

A Mme le Dr PERNOD Anne,  
Merci infiniment d'avoir accepté de diriger ma thèse. Je suis ravie d'avoir ainsi pu passer quelques moments avec vous. Vous m'avez laissé entrevoir la pratique de la médecine telle que je la conçois également. Merci pour votre sourire, votre bienveillance et votre franc parler.

A Mme le Dr DI COSTANZO Véronique et à Mme GUIEU Caroline,  
Merci de m'avoir permis de réaliser ma thèse en me confiant quelques-uns de vos patients et élèves. Continuez d'être autant passionnées et impliquées dans ce que vous faites.

Aux médecins,  
Qui m'ont transmis leur passion, leur empathie, leur expérience et leur temps. Une mention particulière au Dr Chapon, au Dr Durand, au Dr Pizot, au Dr Merrien, au Dr Morand et au Dr Pernod qui en plus d'être de très bons médecins, sont de très belles personnes.

Aux 17 personnes qui ont accepté de participer à l'élaboration de ma thèse.  
En effet, sans elles, ce projet n'aurait pu voir le jour. Ce fut un réel plaisir pour moi de pouvoir côtoyer des patients dans un autre espace que celui des consultations et de pouvoir ainsi discuter librement de leurs croyances, espoirs, ressentis.

A mes patients,  
Passés, présents, et futurs qui ont acceptés, acceptent et accepteront que je les prenne en charge. J'espère remplir ma mission de les soigner au mieux.

A mes parents,  
Qui ont toujours été là pour moi. Qui m'ont appris les vraies valeurs et permis de faire ce que je voulais dans la vie. Qui m'ont toujours supporté sans jugement, qui sont à mes yeux les êtres les plus dévoués pour leurs enfants, qui ont consacré une grande partie de leur vie à mon frère, ma sœur et moi et à notre éducation, de la plus belle manière qui soit dans l'amour, le respect et l'égalité.

A mon père,  
Qui m'a transmis le goût du travail bien fait, de l'humilité et de la discrétion bienveillante. Qui m'a transmis le goût de la nature et des plaisirs simples de la vie.

Qui est toujours présent quand j'ai besoin de lui. Merci d'être toujours là, pour m'aider et me soutenir. Un être doué de ses deux mains, modeste et appliqué.

A ma mère,

Qui est toujours là pour répondre à mes appels angoissés, qui est d'un soutien sans faille et sans limite, depuis toujours, et encore plus lors de ce long voyage que constituent les études médicales. Toujours enjouée, elle ferait tout pour ses enfants et bien plus encore. Sans elle je ne serais jamais devenue une personne aussi ordonnée et détendue...Merci d'être toujours là pour moi. Un être souriant, aimant et lumineux.

A ma sœur,

Toujours présente pour moi, à répondre à mes sollicitations sans râler, même quand parfois je ne le mérite pas. Passionnée et perfectionniste, je la remercie d'être là pour moi et lui souhaite tout le meilleur du monde. Un être attentionné, attentif et dévoué.

A mon frère,

Toujours partant pour aller m'aider à me changer les idées par un petit footing ou une balade à vélo. Celui avec qui j'ai été un peu chien et chat, un temps, mais que le temps m'a fait apprécier à sa juste valeur. Un être généreux, passionné et entier.

A mes grands-parents et ma famille,

Qui m'ont permis d'être qui je suis aujourd'hui, de voir que l'essentiel dans la vie n'est pas d'être riche pécuniairement mais humainement. J'espère les honorer en m'efforçant de vivre une vie qui m'épanouira et les rendra fier.

A ma vavou,

Qui est la plus belle personne que j'ai été amenée à rencontrer au cours de mes études. Nos esprits se sont croisés dès la P1, pour ne plus se quitter. Des bancs de la fac, aux fauteuils du café lecture, on a refait le monde en nous questionnant bien souvent sur la poursuite de nos études médicales... Rêveuses et idéalistes on n'imaginait pas alors que l'on finirait internes dans le sud !! Tu m'as accompagné toutes ses années et je t'en remercie. Que notre amitié perdure. Un être bienveillant, aimant et passionné.

A mes amis,

Qui ont toujours été là pour me changer les idées et m'ont fait grandir. Car ensemble on va plus loin. A Amélie, ma belle rousse flamboyante, dont la vie en commun pendant quelques années m'a tant apporté. Au 49, boulevard Daguerre, dont les murs, s'ils pouvaient parler, conteraient cette belle aventure qui a fait de nous les jeunes femmes que nous sommes aujourd'hui. A Alice (de Malmont), avec qui j'ai vécu les fêtes les plus folles et qui m'a toujours accompagné de son rire inégalable. A Alice (de Laperrière), avec qui j'ai pu m'évader et tenter des expériences inoubliables ici et ailleurs. A Johanna, la jeune femme la plus passionnée que je connaisse et qui m'a fait découvrir l'amitié. A Jeanne qui ne se départie jamais de son sourire et est toujours là pour nous rassembler. A Batou, à sa belle âme et à ses lettres qui m'ont fait grandir et réfléchir. A Thibaut et sa présence bienveillante. A Charlène, Laura et Adeline sans qui mes soirées attiligériennes n'auraient pas la même saveur.

A mes cointernes,

Sans qui certains stages auraient eu une saveur bien différente. A eux qui m'ont permis de garder le sourire lors de journées et gardes difficiles. A eux qui comprennent à quel point la fonction d'interne est parfois difficile et ingrate, et grâce à qui j'ai toujours gardé le sourire, parce qu'à plusieurs, on est plus fort. Merci à Mandy pour ta gentillesse et ton sourire. Merci à l'équipe des urgences de Salon grâce à qui j'ai tant ri alors que j'appréhendais tant ce stage. Lisa, Sarah, Rémy, Hugo, Nicolas, Jean-Baptiste, Mohamed. Merci à la meilleure équipe féminine de pédiatrie : Anaïs, Alexia, Caroline, Valérie. Que des belles personnes et de futurs médecins exceptionnels !!

A mon dodo,

Toi, qui me rend heureuse depuis le premier jour où nos regards se sont croisés. Toi, qui m'as supporté le long de ce travail de thèse, et durant tout mon internat. Toi, qui as toujours été là quand les temps étaient plus durs. Toi, qui m'offres un soutien sans faille. Toi, qui as du supporté mes angoisses. Toi, sans qui je ne serai peut-être pas là où j'en suis aujourd'hui. Je t'aime et merci d'être toujours là pour moi. L'être le plus doux, attentionné et bienveillant que je connaisse. A notre vie ensemble, aux projets de demain, à notre amour.

Parce que cette thèse m'aura permis de vous dire merci à tous, même si je ne l'exprime pas facilement, je vous aime, et si je suis telle que je suis aujourd'hui, c'est grâce à vous tous. MERCI.

# TABLES DES MATIERES

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
1.1	CONTEXTE.....	3
1.2	INTERET D'UNE PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE REGULIERE.....	5
1.2.1	<i>Généralités et définitions .....</i>	<i>5</i>
1.2.2	<i>Objectifs en termes d'activités physiques.....</i>	<i>7</i>
1.2.3	<i>L'activité physique adaptée .....</i>	<i>9</i>
1.3	BENEFICES ET RISQUES .....	11
1.3.1	<i>Bénéfices .....</i>	<i>11</i>
1.3.2	<i>Risques .....</i>	<i>16</i>
1.4	ETAT DES LIEUX.....	19
1.4.1	<i>Les plans santé.....</i>	<i>19</i>
1.4.2	<i>La législation.....</i>	<i>23</i>
1.5	LIMITES A LA PRATIQUE ET PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE .....	25
1.5.1	<i>Pratique d'activité physique .....</i>	<i>25</i>
1.5.2	<i>Prescription d'AP : thérapeutique non médicamenteuse.....</i>	<i>26</i>
1.5.3	<i>Rôle médecin généraliste .....</i>	<i>30</i>
1.6	JUSTIFICATIF D'ETUDE .....	32
1.6.1	<i>Point épidémiologique en Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) et dans le Var .....</i>	<i>32</i>
1.6.2	<i>Problématique.....</i>	<i>33</i>
1.7	OBJECTIF D'ETUDE.....	35
<b>2</b>	<b>MATERIELS ET METHODES .....</b>	<b>36</b>
2.1	TYPE D'ETUDE .....	36
2.1	POPULATION D'ETUDE .....	36
2.2	LE GUIDE D'ENTRETIEN.....	37
2.3	RECUEIL DES DONNEES QUALITATIVES .....	38
2.4	ANALYSE DES DONNEES QUALITATIVES : ANALYSE DES VERBATIMS.....	39
2.5	ETHIQUE .....	39
<b>3</b>	<b>RESULTATS DES ENTRETIENS SEMI DIRIGES .....</b>	<b>41</b>
3.1	CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON .....	41
3.2	RESULTATS PRINCIPAUX.....	41
3.2.1	<i>Freins des patients à la poursuite d'une activité physique adaptée .....</i>	<i>41</i>
3.2.2	<i>Motivations des patients à la poursuite d'une activité physique adaptée.....</i>	<i>57</i>
3.2.3	<i>Rôle du médecin traitant d'après les patients.....</i>	<i>73</i>
<b>4</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>86</b>
4.1	SIGNIFICATION ET HYPOTHESES.....	86
4.1.1	<i>Modélisation de l'analyse des verbatims .....</i>	<i>86</i>

4.1.2	Concernant les freins à la poursuite d'une activité physique adaptée via une association dédiée chez les patients obèses et/ou diabétiques .....	87
4.1.3	Concernant les motivations à la poursuite d'une activité physique adaptée via une association dédiée chez les patients obèses et/ou diabétiques .....	91
4.1.4	Concernant le rôle du médecin généraliste dans la poursuite des activités physiques adaptées .....	93
4.2	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE .....	95
4.2.1	Forces de l'étude .....	95
4.2.2	Faiblesses de l'étude .....	96
4.3	PERSPECTIVES .....	98
4.3.1	Place du médecin généraliste.....	98
4.3.2	Rôle de l'entretien motivationnel.....	100
4.3.3	Guide rapide à destination des médecins généralistes pour la pratique de l'entretien motivationnel dans un contexte de pratique d'activité physique : .....	105
4.3.4	Médicalisation activité physique, vers une approche communautaire ? .....	106
<b>5</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>108</b>
<b>6</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>111</b>
<b>7</b>	<b>ANNEXES</b> .....	<b>118</b>
7.1	MAIL DE CONTACT INITIAL .....	118
7.2	GUIDE D'ENTRETIEN .....	119
7.3	FICHE DE RENSEIGNEMENTS SOCIO-ECONOMIQUES .....	121
7.4	RECUEIL DE CONSENTEMENT .....	122
7.5	TABLEAUX CARACTERISTIQUES DES PATIENTS .....	123
7.6	DECLARATION A LA CNIL.....	124
7.7	DEMANDE CPP/COMITE D'ETHIQUE.....	125
7.8	ENTRETIEN 5 .....	127
7.9	ENTRETIEN 8 .....	133
<b>8</b>	<b>ABREVIATIONS</b> .....	<b>136</b>
<b>9</b>	<b>RESUME</b> .....	<b>137</b>
<b>10</b>	<b>ABSTRACT</b> .....	<b>138</b>
<b>11</b>	<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	<b>139</b>

# **1 Introduction**

« Toutes les parties du corps qui remplissent une fonction sont saines, bien développées et vieillissent plus lentement si elles sont sollicitées avec mesure et exercées à des travaux dont on a l'habitude. Mais si elles ne sont pas utilisées et sont indolentes, elles tendent à devenir malades, se développent mal et vieillissent prématurément. »

HIPPOCRATE, ENV. 400 ANS AV. J.-C.

## **1.1 Contexte**

L'être humain est un être en mouvement. De tout temps, celui-ci pour vivre, se devait de se mouvoir, que ce soit il y a des millénaires pour des activités de chasse, de cueillette ou plus récemment d'agriculture et d'artisanat. Les révolutions industrielles ont été les témoins de changements de mode de vie. Avec l'apparition de la voiture, puis plus tard de la télévision et de l'ordinateur, l'être humain s'est sédentarisé. Au détriment parfois de sa santé.

L'activité physique (AP) est désormais reconnue scientifiquement pour ses différents bénéfices tant sur le plan de la santé physique que psychique. En effet de nombreuses études de fort niveau de preuve ont été menées sur le plan international et national. (1-3) La sédentarité est parallèlement un problème inhérent à nos sociétés actuelles. La promotion de l'activité physique est donc devenue depuis plusieurs années un enjeu de santé publique. (4) Plusieurs plans de préventions pour la santé ont été développés, en France, en Europe ou dans le monde. Le médecin généraliste a un rôle prépondérant dans la promotion d'une activité physique de par son caractère de premier recours et prévention, de coordination des soins et d'éducation en santé. (5) Il est en effet le premier acteur d'initiation à l'éducation thérapeutique pour essayer de faire changer le mode de vie de ses patients.

Le bénéfice lié à l'activité physique est réel en population générale et revêt un intérêt particulier chez les patients souffrant de pathologies chroniques. Cela est vrai notamment chez les patients souffrant d'obésité ou de diabète, en ce sens où l'AP est le premier traitement non médicamenteux à mettre en place. Ce dernier ayant fait ses

preuves en termes de diminution de la mortalité cardio vasculaire ainsi que de prévention ou stabilisation d'un diabète. (5) Pour ces patients souffrant de pathologies chroniques, l'activité physique doit être adaptée à leurs pathologies.

L'activité physique adaptée (APA), véritable traitement, est encore peu préconisée par les professionnels de santé et peu pratiquée par les patients pour diverses raisons psychosociales et économiques. Le rapport d'orientation de la Haute Autorité de Santé ( HAS ) publié en avril 2011 sur le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées souligne (6) que les médecins et les patients sont mal informés sur les thérapeutiques non médicamenteuses recommandées et sur leurs modalités de recours. En effet, les médecins ont beau connaître le bénéfice attendu de la pratique d'activité physique, il y a bien souvent un lot de difficultés à franchir entre la théorie et la mise en application de ces principes. Ces difficultés peuvent venir tant des patients que des soignants. Elles peuvent être attendues ou non, étudiées ou non. Elles sont le reflet de toute la complexité de l'être humain et de la société actuelle, dans sa diversité et ses injonctions paradoxales.

Dans le Var, 5,47 % de la population présente un diabète et près de 12 % de la population souffre d'obésité. (7) A Toulon, le service d'endocrinologie du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne sur Mer (C.H.I.T.S.) a identifié la pertinence de la prescription d'activité physique adaptée. C'est ainsi que dans une optique à la fois préventive et thérapeutique a été mis en place, depuis 2012, en poursuite des programmes d'éducation thérapeutique, une structure originale et innovante : MAATIS APA sport, visant à promouvoir l'activité physique adaptée.

Depuis le décret du 30 décembre 2016, " le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et aux risques médicaux du patient " (8) et l'association MAATIS APA sport est un outil pour faciliter cela. Cependant, il a été observé que, malgré une participation aux programmes d'éducation thérapeutique, et une inscription à l'association MAATIS APA sport, certains patients ne poursuivent pas la pratique d'APA. Des patients qui ont donc initiés une démarche de changement de mode de vie, en suivant un programme d'éducation thérapeutique, et en initiant une pratique régulière d'activité physique, finissent par arrêter.

Il serait donc intéressant d'étudier pourquoi ces patients n'ont pas poursuivi l'activité physique adaptée qui leur a été recommandée. Cette étude qualitative va nous

permettre de nous questionner sur les causes, les freins à la poursuite d'activité physique adaptée chez les patients diabétiques et/ou obèses.

L'objectif secondaire de cette étude sera de voir quel est le rôle du médecin généraliste dans le maintien de la motivation et la poursuite de l'APA à travers le regard du patient. Ceci dans le but d'améliorer à terme la prise en charge des patients par les médecins généralistes : « comprendre le patient pour mieux le soigner ».

## **1.2 Intérêt d'une prescription d'activité physique régulière**

### **1.2.1 Généralités et définitions**

L'activité physique (AP) se définit comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle du repos » (Caspersen, 1985). (9) L'AP est généralement classée en quatre domaines :

- Les trois domaines des activités physiques de la vie quotidienne avec : les transports (déplacements actifs pour aller au travail, faire les courses, etc.), les activités domestiques (entretien domestiques, bricolage, jardinage, etc.) et les activités professionnelles ou scolaires,
- Le domaine des activités de loisirs qui inclut les sports et les exercices physiques. (10)

Le terme « exercice physique » regroupe quant à lui un sous-ensemble d'activités physiques planifiées, structurées et répétitives, souvent réalisées dans le but d'améliorer un ou plusieurs paramètres de la condition physique, comme l'endurance, la force, la mobilité articulaire, ou la coordination. À l'inverse des activités sportives, l'exercice physique ne répond pas à des règles de jeu et peut être assez souvent réalisé sans infrastructures lourdes et sans équipements spécifiques.

La notion de « sport » ou « activité sportive » implique le plus souvent des activités physiques d'intensité élevée, structurées, régies par des règles, et pratiquées dans des situations compétitives avec des objectifs de performance vis-à-vis de soi-même ou des autres, qui peut être professionnalisée mais est plus souvent pratiquée sous forme d'un loisir. Les disciplines sportives sont la plupart du temps régies par des fédérations, permettant ainsi une pratique encadrée et l'organisation de compétitions.

« L'inactivité physique » caractérise un niveau insuffisant d'AP d'intensité modérée à élevée ne permettant pas d'atteindre le seuil d'AP recommandé pour la santé, qui est pour l'adulte en bonne santé de **30 minutes d'AP d'intensité modérée au moins cinq fois par semaine**, ou de **20 minutes d'AP d'intensité élevée au moins 3 jours par semaine**, ou une combinaison équivalente en volume des deux modes d'intensité. Ainsi, une personne inactive physiquement peut avoir des activités d'intensité légère, quelle que soit la durée, ou avoir des activités d'intensité modérée à vigoureuse, mais d'une durée insuffisante pour atteindre le niveau d'AP recommandé pour la santé. (11)

« La sédentarité » est définie comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à 1,5 MET (Metabolic Equivalent Task) en position assise ou allongée. Le comportement sédentaire n'est pas défini par le manque d'AP et se distingue de l'inactivité physique. Le comportement sédentaire est reconnu comme un comportement avec un impact spécifique sur la santé. Dans le cadre de différentes pathologies chroniques, le niveau de sédentarité et d'inactivité interagissent de manière indépendante et complémentaire sur l'état de santé.

Les « activités physiques adaptées » (APA) sont un concept qui regroupe l'ensemble des activités physiques et sportives à des fins de prévention secondaire ou tertiaire, de rééducation, de réadaptation, de post-réadaptation, d'éducation ou d'insertion sociale auprès de personnes en situation de handicap et/ou vieillissantes. Les APA se composent de programmes d'exercices physiques, en groupe ou individuel, supervisés ou non, en face-à-face ou à distance, élaborés et/ou supervisés par les enseignants en APA, mais aussi par d'autres professionnels formés. (12)

« L'aptitude (ou la condition) physique » est la qualité permettant de réaliser une AP. Plusieurs paramètres sont impliqués : endurance cardiovasculaire, force et endurance musculaire, composition corporelle.

Le terme de « promotion d'AP » s'entend comme l'ensemble des démarches visant à augmenter le niveau d'AP de la population, quel que soit son état de santé, dans un objectif de santé publique via la réduction des coûts sanitaires liés au manque d'AP.

Le terme de « prescription d'AP » s'entend dans le sens d'une mesure concernant un individu porteur d'une pathologie avérée ou de facteurs de risque, dans le but d'obtenir des effets bénéfiques sur sa santé ou de diminuer son risque de complications. Cette prescription est fournie par un professionnel de santé en charge du patient, en fonction des objectifs à atteindre et des capacités physiques et psychologiques de l'individu. (13)

Le MET (Metabolic Equivalent Task) est l'unité d'intensité d'une AP la plus souvent utilisée dans la littérature internationale. Il est défini comme le rapport de la dépense énergétique de l'activité considérée, sur la quantité d'énergie dépensée au repos.

On différencie cinq grandes catégories d'activité physique selon leur intensité estimée en MET :

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

La « santé » est définie comme « un état de complet bien être, physique, social, mental et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » et représente « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » (14)

« L'éducation pour la santé » se définit d'après la charte d'Ottawa de 1986 (15) comme « le processus d'accompagnement pour initier et consolider des comportements favorables à la santé à partir de choix éclairés par l'apport de connaissances (savoirs) et le développement de capacités (savoir être, savoir-faire) ». L'OMS complète cette définition en 1998 (16) et précise que l'éducation thérapeutique « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au

mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

La « prévention » est définie par l'OMS en 1948 comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». On distingue différents niveaux de prévention. (14) :

- La prévention primaire vise à diminuer l'incidence d'une maladie par la prise en charge de conduites individuelles à risques, des risques environnementaux ou sociétaux.
- La prévention secondaire a pour but de diminuer la prévalence d'une maladie en s'opposant à l'évolution de la pathologie débutante ou des facteurs de risques comme les actes de dépistage.
- La prévention tertiaire veut diminuer la prévalence des incapacités chroniques, des récurrences, des complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. Elle vise à la réadaptation médicale, sociale et psychologique du malade.
- La prévention quaternaire définie plus tardivement désigne initialement les soins palliatifs, puis les actions pour identifier un patient à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables. (17)

L'activité physique est bénéfique sur différents plans de prévention que ce soit primaire, secondaire ou tertiaire.

### 1.2.2 Objectifs en termes d'activités physiques

L'organisation mondiale de la santé définit différents groupes d'âges et objectifs en termes d'AP : (11)

- 5-17 ans : **au moins 60 minutes par jour d'activité physiques modérées à soutenues**. Si l'activité physique quotidienne est supérieure à 60 minutes, on observe un bénéfice supplémentaire pour la santé. En majorité, il faut privilégier les activités d'endurance combinées à des activités soutenues 3 fois par semaines.
- 18-64 ans : **150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée** soit :
  - 30 min 5 fois par semaine ou,
  - 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue 3 fois par semaine ou,
  - Une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.

Les séances d'AP devant durer au moins 10 minutes pour avoir un bénéfice (d'après l'Organisation Mondiale de la Santé, controversé actuellement). Pour pouvoir en retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé, les adultes de cette classe d'âge devraient augmenter la durée de leur activité d'endurance d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue. Ils devraient aussi pratiquer des AP en renforcement musculaire (deux séances par semaine non consécutives), ainsi que des exercices d'assouplissement et d'équilibre (deux à trois fois par semaine).

- >64 ans : similaire à la classe d'âge inférieur. Les personnes âgées dont la mobilité est réduite devraient pratiquer une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine. Lorsque des personnes âgées ne peuvent pratiquer la quantité recommandée d'activité physique en raison de leur état de santé, elles devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent. (B10)
- Pour tous les âges : diminution des activités sédentaires (télévision, ordinateur, jeux vidéo, lecture etc.).

L'activité physique est définie en fréquence, intensité, type, temps, volume et progression.

La fréquence rend compte de la répétition des périodes ou sessions d'AP dans un espace-temps (en général, le nombre de sessions ou séances par semaine).

L'intensité de l'AP correspond au coût énergétique de l'activité considérée par unité de temps. Elle peut être mesurée en valeur absolue (METs), ou en valeur relative par les réponses physiologiques qu'elle induit chez un individu donné (fréquence cardiaque, effort perçu ou sensations subjectives comme l'essoufflement). On distingue les intensités faible, modérée, élevée.

L'AP d'intensité **faible** correspond à une activité physique type marche lente (4 km/h), aux activités de la vie quotidiennes telles que laver les vitres ou la voiture, faire la poussière, entretien mécanique, aux activités sportives de loisirs telles que la pétanque, le billard, le bowling, le frisbee, voile, golf, volley-ball, tennis de table (en dehors de la compétition). Il faut environ 45 minutes d'AP faible pour une équivalence à 30 minutes d'activité d'intensité modérée.

L'AP d'intensité **modérée** correspond à de la marche rapide (6 km/h), aux activités de la vie quotidiennes telles que du jardinage léger, le ramassage de feuilles, le port de charges de quelques kilogrammes, aux activités sportives de loisirs telles que la danse de salon, le vélo ou natation « plaisir », l'aquagym, le ski alpin.

L'AP d'intensité **élevée** correspond à une AP type marche en côte, randonnée en moyenne montagne, aux activités de la vie quotidiennes telles que bêcher,

déménager, aux activités sportives de loisir telles que le jogging (10 km/h), le VTT, la natation « rapide », le saut à la corde, le football, le basketball, les sports de combat, le tennis (en simple), le squash. Il faut environ 20 minutes d'AP d'intensité élevée pour une équivalence à 30 minutes d'activité d'intensité modérée.

Il existe une intensité minimale d'AP pour avoir des effets bénéfiques sur la santé. Au-dessous de ce seuil minimal, l'AP ne sollicite pas suffisamment l'organisme pour entraîner des modifications des paramètres physiologiques, en particulier de la capacité cardio-respiratoire maximale. Mais ce seuil minimal semble variable selon les individus. Chez certains sujets très déconditionnés et très sédentaires, une AP même de faible intensité peut être bénéfique pour la santé, si elle est régulière.

Le type de l'AP se réfère à ses effets physiologiques attendus en termes d'amélioration sur les différentes composantes de la condition physique : la capacité cardio-respiratoire (endurance), les aptitudes musculaires (force, endurance et puissance musculaire), la souplesse musculoarticulaire et les aptitudes neuromotrices (équilibre, allure, coordination).

Le temps ou durée exprime le temps pendant lequel l'AP est pratiquée. Elle correspond à la quantité de temps par session, en minutes ou heures, par jour ou par semaine. Des données récentes montrent que toutes les périodes d'AP d'intensité au moins modérée, quelle que soit leur durée (même inférieure à 10 minutes), devraient être prises en compte dans le calcul des 30 minutes d'AP quotidienne recommandées. Contrairement à ce qui était avancé par l'OMS en 2010 (durée au moins supérieure à 10 minutes). (13)

Le volume ou quantité d'AP correspond à la durée multipliée par l'intensité (la durée de l'AP est le temps des séances d'AP multiplié par leur fréquence). Le volume d'AP peut être utilisé pour estimer la dépense énergétique réelle d'un individu en MET-min/semaine ou kcal/semaine. Il existe une relation dose-réponse positive entre, d'une part, le volume de l'AP, et, d'autre part, l'état de santé et la condition physique. Il ne semble pas qu'il y ait un volume minimal d'AP nécessaire pour avoir des bénéfices pour la santé et/ou la condition physique.

La progression : consiste en une augmentation de l'une des composantes du FITT (fréquence, intensité, temps et type), tolérée par l'individu. Le taux de progression va dépendre de l'état de santé, de la condition physique et des réponses à l'AP de l'individu, ainsi que de ses objectifs.

### 1.2.3 L'activité physique adaptée

Il s'agit d'une activité physique qui prend en compte la sévérité de la pathologie, les capacités fonctionnelles et le risque médical du patient. (18) L'article D.1172-1 du Code de la Santé Publique ( CSP) introduit par le décret du 30 décembre 2016 dispose que « cette activité physique, adaptée à l'état clinique du patient, consiste en la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires ».La dispensation d'une

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

C'est le médecin traitant qui prescrit une activité physique dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée. Il peut lui recommander la pratique d'une activité physique adaptée à sa pathologie. Le médecin traitant doit utiliser un formulaire spécifique. Ce formulaire peut être téléchargé sur le site du ministère chargé de la santé et des ARS. Il peut également être téléchargé sur le site du pôle ressources « sport, santé, bien-être ». Il est à noter que ni la prescription, ni la dispensation d'une activité physique ne font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie.

Des professionnels de santé, à savoir les masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens (dans le respect de leurs compétences respectives) sont autorisés à encadrer la pratique de la gymnastique d'entretien ou préventive. Des professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée (APA), à savoir les professionnels issus de la filière universitaire STAPS « activité physique adaptée et santé », autrement dit les enseignants en activité physique adaptée (titulaires d'une licence mention STAPS, parcours-type APAS ou d'un master mention STAPS APAS) sont également autorisés. S'agissant de la mise en œuvre opérationnelle de la prise en charge par l'activité physique des patients en ALD, il est demandé d'encourager la mise en place de collaborations entre les différents acteurs locaux intervenant auprès des patients (professionnels de santé, enseignants en APA, éducateurs sportifs) dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire.

Les patients concernés sont ceux en affection de longue durée. Le décret précité fait une distinction importante entre la dispensation de l'activité physique, adaptée à l'état clinique pour les patients en ALD atteints de limitations fonctionnelles sévères et la dispensation pour les patients souffrant de limitations fonctionnelles moins sévères. Ces phénotypes sont envisagés selon 4 niveaux d'altérations : sévère, modérée, minime et sans limitation. La détermination du profil fonctionnel revient au médecin traitant. Le fait d'inclure initialement un patient dans un phénotype particulier n'est pas

définitif. L'évolution de l'état clinique du patient retentira sur ses grandes fonctions, sur son niveau d'autonomie, ce qui impliquera une évolution de son phénotype fonctionnel dans le sens d'une amélioration ou d'une aggravation. Il est important, pour le médecin traitant, de suivre régulièrement l'évolution du phénotype fonctionnel des patients par un processus d'évaluation des fonctions locomotrices, cognitives et sensorielles qui peut prendre appui sur un bilan établi par les professionnels dispensant l'activité physique. La dispensation de l'activité physique aux patients en ALD atteints de limitations fonctionnelles sévères est faite par les masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou psychomotriciens. Ils sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical. Lorsque les patients ont atteint une autonomie suffisante et présentent une atténuation des altérations les enseignants en activité physique adaptée interviennent en complémentarité des professionnels de santé.

### **1.3 Bénéfices et risques**

#### **1.3.1 Bénéfices**

La pratique d'une activité physique est capitale quel que soit l'état de santé du patient. Elle s'adresse à tous et encore plus aux personnes souffrant de maladies chroniques. L'effet bénéfique est combiné sur la santé, la condition physique, le maintien de l'autonomie permettant une amélioration de la qualité de vie. Elle permet également la diminution de certains traitements. Les domaines dans lesquels l'AP a démontré un bénéfice indiscutable sont nombreux. Nous allons exposer succinctement ces principaux bienfaits chez l'adulte, déjà largement démontrés et explicités dans la littérature scientifique.

En effet, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) a publié en 2008 une expertise collective sur les effets de l'AP sur la santé (19). L'Agence Nationale de sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du travail (ANSES) a publié, en 2016, un rapport d'actualisation des repères du PNNS (Plan National Nutrition Santé) avec des révisions des repères relatifs à l'AP et à la sédentarité. (20) L'Institut National du Cancer (INCA) a publié, en 2017, un rapport « Bénéfices de l'AP pendant et après cancer, des connaissances scientifiques aux repères pratiques ». (21) L'HAS a publié un guide pratique pour la « promotion,

consultation et prescription médicale d'activité physique (AP) et sportive pour la santé chez les adultes ». (13)

On distingue parmi les bénéfices notables :

#### 1.3.1.1 Diminution du risque de mortalité

Les études épidémiologiques montrent une réduction de mortalité de 29 à 41% selon le niveau d'AP, et les études interventionnelles retrouvent une baisse de mortalité de 30 % en moyenne chez les sujets atteignant les recommandations d'AP. Ces bénéfices sont proportionnels au niveau d'AP et se perdent en cas d'arrêt de la pratique. (22) La sédentarité constitue le 4<sup>ème</sup> facteur de risque de mortalité dans le monde (6%) après l'hypertension artérielle, le tabagisme et l'hyperglycémie exæquo.

#### 1.3.1.2 Amélioration de la qualité de vie et bien être

La pratique d'une AP régulière permet d'améliorer le bien-être par une diminution du stress, une augmentation du sentiment de compétence et de l'estime de soi et une amélioration du fonctionnement social. L'AP permet également d'améliorer la qualité de vie, notamment celle liée à la santé (Health Related Quality Of Life), mesurable par des échelles spécifiques, tout particulièrement chez les sujets âgés ou porteurs de handicap ou de pathologie chronique, mais également chez les sujets sains via les activités de loisirs, en groupe ou en famille. (23) (24)

#### 1.3.1.3 Diminution de l'incidence et de la mortalité des maladies cardiovasculaires : des cardiopathies coronariennes, hypertension et accidents vasculaires cérébraux

Une AP régulière, d'intensité modérée ou élevée, est associée à une diminution de 20 à 50 % du risque de pathologie coronarienne et de près de 60 % du risque de survenue d'accident vasculaire. Le temps de sédentarité est associé à une augmentation de l'incidence des maladies cardiovasculaires. Les personnes passant plus de 7 heures par jour en position assise devant un écran de télévision ont un risque de mortalité cardiovasculaire supérieur (de l'ordre de 85 %) à celui des personnes qui passent moins d'une heure par jour en position assise devant la télévision. Une pratique d'AP d'intensité modérée ne permet pas de réduire les effets de la sédentarité sur l'incidence de maladies cardiovasculaires. (20) La pratique régulière d'activité physique peut agir positivement sur les différents facteurs de risque impliqués dans les maladies cardio-vasculaires : meilleur contrôle de l'hypertension artérielle ; diminution du risque

d'apparition d'un diabète de type 2 ; meilleure contrôle glycémique dans les populations non-diabétiques et diabétiques ; diminution des taux sériques de triglycérides, de LDL-cholestérol et augmentation du HDL-cholestérol ; contrôle de la surcharge pondérale ; sevrage tabagique facilité.

#### 1.3.1.4 Diminution de l'apparition diabète de type 2

L'AP, associée à d'autres mesures hygiéno-diététiques, représente un élément majeur pour prévenir ou retarder la survenue d'un diabète de type 2. Chez les sujets insulino-résistants, l'AP est associée à une amélioration significative de la tolérance au glucose. Cet effet persiste après l'arrêt de l'intervention (jusqu'à 3 ans). Les effets bénéfiques de l'AP ont été observés quel que soit l'indice de masse corporelle (IMC). Indépendamment de la pratique d'AP, la sédentarité constitue un facteur de risque de développer un diabète de type 2 (plus 14 % pour 2 heures passées quotidiennement devant la télévision). Inversement, la réduction du temps de sédentarité hebdomadaire est associée à une diminution de l'incidence du diabète de type 2 (diminution de 12 % pour une réduction de 2 heures hebdomadaire).

En quoi la pratique d'une AP régulière, à dose recommandée, agit sur le métabolisme du glucose ?

- Sur le plan génomique, les facteurs environnementaux et comportementaux modifient l'expression de certains gènes impliqués dans la pathogenèse du DT2. (25)
- Sur le plan moléculaire et hormonal, l'activité physique diminue l'insulino-résistance et l'insulinosécrétion par action locale et générale des adipocytokines sécrétées par le tissu adipeux (leptine, résistine, adiponectine, angiotensine...)
- Sur le plan cellulaire, l'activité physique augmente la synthèse de GLUT-4, améliorant le transport et l'utilisation du glucose musculaire. (Voie non insulino-dépendante)
- Sur le plan organique, l'AP augmente la densité capillaire au niveau des muscles et donc favorise la diffusion de l'insuline. L'AP augmente la masse musculaire et notamment les fibres musculaires de type I grandes consommatrices de glucose. Elle permet également une diminution de la production hépatique de glucose.

Sur l'intérêt des AP dans le diabète de type II, une méta-analyse sur 10 études de cohortes prospectives d'activité physique d'intensité modérée et le diabète de type II, incluant au total 301 221 participants et 9 367 cas incident. Les résultats affirment que l'AP réduit considérablement le risque de diabète de type II (risque relatif 0,69). (26)

#### 1.3.1.5 Diminution du syndrome métabolique et obésité

L'AP régulière diminue le risque de surpoids, d'obésité et de complications cardiométaboliques. Les interventions les plus efficaces sont multimodales. Inversement, l'inactivité physique et la sédentarité sont associées au risque de surpoids, d'obésité et de complications cardio-métaboliques. (27)

#### 1.3.1.6 Diminution de l'incidence de cancer du sein, du colon, de l'endomètre... et diminution de la mortalité liée à ces cancers

L'AP est associée à une diminution du risque de cancer du côlon (de l'ordre de 25 %), du cancer du sein (diminution de 10 à 27 %), de l'endomètre et du poumon. L'apparition de nombreux cancers a été attribuée à l'inactivité physique. Des études récentes ont montré une association entre la sédentarité et le risque de certains cancers (de l'endomètre, en particulier). La sédentarité a un effet indirect en favorisant l'obésité et l'obésité abdominale, facteurs de risque majeurs dans l'initiation et le développement des cancers du sein et du côlon. (21)

#### 1.3.1.7 Amélioration des symptômes des maladies respiratoires

L'effet de l'AP sur la prévention primaire de pathologies respiratoires a été peu étudié. Les seules études dont on dispose concernent la prévention du risque de bronchopneumopathie chronique obstructive. L'AP régulière (d'intensité modérée à élevée) permet de limiter l'altération des marqueurs fonctionnels considérés comme précurseurs de bronchopneumopathie chronique obstructive. La sédentarité est associée à une altération plus marquée de la fonctionnalité respiratoire dans la bronchopneumopathie chronique obstructive. (28)

#### 1.3.1.8 Diminution du risque de syndrome dépressif

Un bénéfice de la pratique régulière a été rapporté. Jusqu'à 90 minutes d'AP quotidienne à intensité élevée réduirait le risque d'état de stress psychologique, et de ses principales conséquences cliniques, les états d'anxiété et de dépression. Au-delà, des scores de qualité de vie plus faibles ont été retrouvés. (29)

#### 1.3.1.9 Diminution de l'ostéoporose et amélioration de l'état osseux

Tout au long de la vie, la pratique d'AP à impacts (par exemple course et sauts) est associée à une moindre diminution de la masse osseuse et à un moindre risque de fractures ostéoporotiques. Les exercices en charge à impact d'intensité élevée (de type course et sauts) contribuent à augmenter significativement la masse osseuse. Chez l'enfant et l'adolescent, la pratique régulière d'AP à impact permettrait une augmentation significative de la masse et de la densité minérale osseuse (DMO), particulièrement lorsque l'AP est pratiquée lors de la prépuberté et de la puberté. Chez la femme ménopausée, l'AP à impact a un effet positif sur la DMO (au niveau du rachis, du col fémoral et du trochanter). La combinaison d'AP à impact et de renforcement musculaire est nécessaire pour diminuer le nombre de fractures ; ces effets se retrouveraient également chez les hommes âgés. Une association négative pourrait exister entre la DMO et le comportement sédentaire (selon des études chez l'adulte et chez l'adolescent). Concernant la prévention de l'arthrose, les activités dynamiques en charge, d'intensité modérée à élevée, sans impact important, pourraient avoir un effet positif sur le cartilage.(30)

#### 1.3.1.10 Pathologies neurodégénératives

La pratique régulière d'AP est associée à une diminution de l'incidence de la maladie d'Alzheimer (jusqu'à 45 %), avec une relation dose-réponse ; la pratique régulière serait associée à une diminution de l'incidence de la maladie de Parkinson. L'inactivité physique augmenterait les risques pour ces deux pathologies. L'effet de la sédentarité sur le risque d'apparition des pathologies neurodégénératives a été peu étudié et les données ne permettent pas de conclure. (20)

#### 1.3.1.11 Amélioration de la qualité du sommeil

Démonstré chez l'adulte, la femme ménopausée et le sujet de plus de 65 ans, l'activité physique augmenterait directement la quantité et la qualité du sommeil, et améliorerait la qualité de l'éveil diurne. L'effet inverse est observé avec l'inactivité physique et un temps de sédentarité élevé. Ainsi à travers la régulation du sommeil, l'activité physique a un rôle indirect anti-stress psychologique, anxiolytique, anti-dépresseur, et protecteur vis-à-vis de pathologies métaboliques (diabète de type 2, obésité).

#### 1.3.1.12 Réduction des chutes chez le sujet âgé

La pratique d'une AP régulière intervient de manière très positive chez le sujet âgé. Outre la réduction des pathologies cardio-vasculaires et métaboliques précédemment décrite, l'AP permet d'améliorer le fonctionnement de l'appareil locomoteur et de diminuer ainsi le risque de chute et le maintien d'une mobilité active. La pratique d'exercice de groupe permet un maintien des interactions sociales, luttant ainsi contre l'isolement et améliorant le bien-être et la qualité de vie. (31)

#### 1.3.1.13 Chez la femme

L'AP dans l'enfance et l'adolescence permet de diminuer le risque de survenue d'ostéoporose à un âge avancé. La pratique d'une AP pendant la grossesse permet de limiter la prise de poids et d'améliorer la condition physique. Le risque de cancer hormono-induit est diminué chez la femme adulte physiquement active, et les effets de la ménopause, notamment au niveau osseux, sont limités. (32). Son effet antalgique est également décrit dans le cadre des menstruations. (33)

#### 1.3.1.14 Chez l'enfant

L'AP intense et la réduction des comportements sédentaires permettent de lutter contre l'obésité infantile. Cela permet en outre une facilitation des apprentissages scolaires, une meilleure intégration sociale et une diminution de l'agressivité, ainsi qu'une amélioration de l'image de soi et du bien-être psychologique. Une pratique sportive dans l'enfance augmente également le taux de pratique sportive à l'âge adulte. (27)

Pour garantir un bénéfice, le maintien de l'AP doit se faire à vie, les bénéfices disparaissant après un arrêt de deux mois de l'AP.

Le but est donc que le médecin généraliste motive le patient pour une pratique sur le long terme et en toute autonomie via notamment les activités de la vie quotidienne qui sont les plus faciles à modifier sur le long terme.

### 1.3.2 Risques

Les études ont montré que la pratique d'AP de plus de 300 minutes par semaine amenait une augmentation des risques sans réel augmentation des bénéfices. Globalement il n'y a pas de contre-indication absolue à la pratique d'une activité

modérée. Il faut garder en tête que plus le patient est sédentaire, plus le changement doit se faire petit à petit.

#### 1.3.2.1 Risque cardio vasculaire et mort subite

Le risque cardio vasculaire doit être évalué au cas par cas, mais dans la majorité des cas, le bénéfice est supérieur aux risques.

Il a été observé que le risque de mort subite non traumatique au cours d'une activité de loisir est plus élevé chez les hommes sédentaires dans la tranche d'âge de 40/50 ans. On dénote 4,6 cas par millions d'habitants. Le patient présentant une AP régulière d'intensité élevée est un sujet moins à risque d'évènements cardio vasculaire (CV) grave. L'AP d'intensité modérée ne provoque pratiquement jamais d'évènements CV graves, infarctus du myocarde ou mort subite, chez un individu en bonne santé avec un système CV intègre. Les évènements cardiovasculaires graves sont plus liés à une AP d'intensité élevée, chez un patient au passé inactif. L'accident révèle, dans l'immense majorité des cas, une pathologie CV méconnue.

Chez les jeunes adultes (moins de 35 ans), le risque de mort subite lié à l'AP est faible car la prévalence des maladies CV est faible dans cette population. Les causes de décès CV sont dues principalement à des anomalies congénitales ou héréditaires du système CV, dont les cardiomyopathies, les anomalies arythmogènes génétiques et les anomalies de naissance et du trajet des artères coronaires. L'interrogatoire est alors capital pour la recherche d'antécédents personnels et familiaux. Dans ce cadre, l'ECG de repos peut être contributif pour détecter une pathologie asymptomatique potentiellement arythmogène.

Chez les adultes d'âge moyen et âgés (35 ans et plus), le risque de mort subite liée à l'AP est plus élevé car la prévalence des maladies CV est plus importante dans cette population. L'interrogatoire avec la recherche de signes de maladies CV et de facteurs de risque d'athérosclérose coronaire est capital. L'ECG de repos est très peu contributif chez ces patients lorsqu'ils sont asymptomatiques. (13)

#### 1.3.2.2 Risques et limitation musculo squelettique

Les bénéfices pour la santé d'une AP régulière sont indiscutables et sont largement supérieurs aux risques de lésions musculo-squelettiques. Ces lésions sont la résultante de multiples facteurs intrinsèques (âge, genre, entraînement...) et

extrinsèques (sol, condition météorologiques...). Les membres, surtout inférieurs, sont les plus touchés, et l'entorse est la blessure la plus fréquente. Les blessures sévères représentent environ 23 % de l'ensemble de ces traumatismes. Il n'existe pas de contre-indication absolue musculo-squelettique à l'activité physique. Les limitations musculo squelettiques à l'AP sont composées des lésions traumatiques non consolidés musculaires (contractures, claquages) et ligamentaires (entorses). Ces lésions doivent être prévenues par des phases d'échauffement et de récupération. Les pathologies ostéo articulaires en poussée sont aussi un facteur limitant. L'arthrose doit amener à une pratique raisonnée, régulière, raisonnable, en respectant la douleur lors des poussées.

Dans l'ostéoporose, l'AP en charge, comme la marche rapide, fait partie du traitement, il faut limiter les AP avec risques de chutes.

Une douleur ostéo-musculo-articulaire récente est plus un signe d'alarme qu'une contre-indication à l'AP. Il faut alors adapter l'AP.

Chez les patients présentant une neuropathie, notamment les patients diabétiques, il faut porter une attention particulière au pied et au chaussage. (13)

#### 1.3.2.3 Facteurs environnementaux : chaleur et ambiance polluée

Les risques liés à la chaleur, à la pollution doivent être évalués suivant les situations.

Il est recommandé de ne pas pratiquer de sports aux températures extrêmes. Il faut savoir s'arrêter en cas de fatigue inhabituelle. L'hydratation est primordiale (environ 0,5L /heure). Les complications liées à la chaleur par ordre croissant de gravité sont : la crampe musculaire, l'épuisement à la chaleur et le coup de chaleur.

Les effets néfastes des polluants atmosphériques sont démontrés mais le rapport bénéfice risque reste en faveur de l'AP. Les risques individuels cardio-respiratoires à court terme liés à la pollution sont majorés par une AP en milieu extérieur. Il faut savoir tenir compte des bulletins atmosphériques pour adapter sa pratique. (13)

#### 1.3.2.4 Personnes âgées de plus de 65 ans

Les personnes âgées de plus de 65 ans pratiquant des AP sont plus à risque de blessures que les personnes n'en pratiquant pas. Mais dans le même temps elles sont moins à risque de fractures pour les activités de la vie quotidienne. Globalement, l'AP

doit être raisonnée et adaptée aux capacités de la personne. La consommation d'eau doit être favorisée. (31)

#### 1.3.2.5 Dépendance au sport

La pratique intensive du sport peut conduire à des dérives comportementales qui se traduisent par une dépendance psychologique à la pratique sportive, susceptible d'avoir des conséquences néfastes sur la santé. Ces comportements sont principalement rencontrés chez des sportifs très entraînés.

Malgré ces risques potentiels, la balance bénéfico-risque est largement en faveur de l'activité physique pour le maintien d'une bonne santé. Pour en minimiser les risques, le respect de précautions élémentaires (vigilance sur sol glissant, éviction de pratique intense extérieure en climat chaud et dans un environnement pollué...), une pratique d'intensité, de durée, de fréquence et de type adaptés à la condition physique des individus, un encadrement compétent, un suivi médical, semblaient être des mesures utiles.

## **1.4 Etat des lieux**

### 1.4.1 Les plans santé

#### 1.4.1.1 Dans le monde

En 2004, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans sa résolution WHA57.17 intitulée : « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé » (34) , recommande aux États membres de promouvoir et de renforcer les programmes d'activité physique dans le cadre de leur politique nationale sociale et de santé publique en vue d'accroître le niveau d'activité physique de leur population.

En 2018, l'OMS, dans son Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 : « More active people for a healthier world » (35), estime que, dans le monde, un adulte sur quatre, et trois adolescents sur quatre n'atteignent pas les recommandations d'AP pour la santé, et se donne comme objectif, pour 2030, une réduction globale de 15 % de l'inactivité chez les adultes et les adolescents. Ce document souligne qu'il existe des inégalités importantes d'accès à l'AP en fonction du sexe et du statut socio-économique des individus. Les femmes, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes

défavorisées, les personnes précaires et les habitants en milieu rural ont moins souvent accès à des lieux et espaces appropriés, accessibles, sûrs et abordables pour pratiquer une activité physique ou sportive. Ils estiment qu'à l'échelle mondiale, en 2013, l'inactivité physique aurait eu un coût direct sur les dépenses de santé de 54 milliards de dollars par an, auxquels on peut ajouter 14 milliards de dollars de perte de productivité. Selon les pays, 2 à 3 % des dépenses nationales de santé seraient imputables à l'inactivité physique, sans prendre en compte les coûts liés à la santé mentale et les troubles musculo-squelettiques.

Ils rappellent aussi que, selon la Charte internationale de l'UNESCO : « la pratique de l'activité physique et du sport est un droit fondamental pour tous », et souligne qu'il est important de promouvoir le sport à tous les âges de la vie. (36)

#### 1.4.1.2 En Europe

La Commission européenne a créé en 2002 la Semaine européenne de la mobilité (du 16 au 22 septembre chaque année) afin d'encourager l'utilisation de modes de transport plus respectueux de la santé et de l'environnement comme le vélo, la marche à pied, le bus, ou le train. (37)

En 2016, le programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement, mis en place par l'OMS et l'Organisation des Nations Unies (ONU) (35) publie la stratégie 2016-2025 sur l'activité physique pour la région européenne. (38). Ceci afin d'agir contre la diminution continue des niveaux d'AP et réduire les inégalités d'accès à l'AP des populations. Elle s'inscrit dans le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 de l'OMS, qui a neuf objectifs, dont : une réduction relative de 10 % de la prévalence de l'inactivité physique d'ici 2025, ainsi qu'une réduction de 25 % du risque de mortalité prématurée imputable aux maladies cardio-vasculaires, au cancer, au diabète et aux affections respiratoires chroniques ; une réduction de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ; et un endiguement de la prévalence du diabète et de l'obésité.

#### 1.4.1.3 En France

Depuis les années 2000, différents plans nationaux de santé publique ont été mis en place, avec pour objectifs le développement de l'AP.

- Les programmes nationaux nutrition santé (PNNS) 2001-2005, 2006-2010, et 2011-2015 (39) qui avaient pour vocation d'améliorer l'état de santé des populations via des programmes nutritionnels et d'activité physique. Avec en 2004 pour relayer les messages des PNNS, la campagne « Manger, bouger » lancée par le ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées et l'assurance maladie et l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Des messages publicitaires, des brochures et des guides ont été distribués aux publics et aux professionnels de santé. L'AP au quotidien pour tous et l'AP adaptée des personnes vulnérables (populations défavorisées, en situation de handicap, personnes atteintes de maladies chroniques, personnes âgées) était préconisées. Le site internet « mangerbouger.fr » est accessible pour tous et comporte de nombreux conseils pour les patients. (40)
- Les plans Cancer 2003, 2009, et 2014 – 2019 (41), le plan Obésité (2010) (27) ; le plan Bien Vieillir (2007) (42) ; le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007) encourage la prévention et l'amélioration des états de santé par l'APA. Ils favorisaient la formation des professionnels de santé à l'éducation thérapeutiques de ces patients avec le premier plan d'élaboration d'un référentiel APA et la prescription de conseils en AP.
- Le plan Sport-Santé-Bien-être (2012), qui se décline en plans régionaux avec différentes organisations au niveau local. Le plan de Stratégie Nationale de santé 2018-2022 avec le plan de Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 plus récemment.
- Le plan d'action pour les mobilités actives (2014) avec des stratégies de développement de la marche et du vélo. Les déplacements actifs ont fait l'objet d'action de promotion à travers deux plans nationaux : le plan national vélo (2012) et le 3<sup>ème</sup> plan national santé environnement (2015). Des stratégies de promotion de l'AP et du sport pour la santé se développent aussi localement au niveau des villes et des régions.
- L'ANSES soulignait dans son rapport de 2016 que le développement d'espaces réservés aux piétons et aux cyclistes, ainsi que la promotion des modes de transport collectifs permettraient notamment d'atteindre l'objectif de réduction de la sédentarité et d'augmentation du niveau d'activité physique (20).
- Le plan national d'action et de prévention de la perte d'autonomie (2015).
- La Haute Autorité de Santé a publié en septembre 2018, pour les professionnels de santé « un guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour les adultes » avec une déclinaison en référentiels pour les pathologies chroniques que sont : le surpoids et l'obésité, le diabète de type 2, la bronchopneumopathie obstructive, l'hypertension, la maladie coronarienne stable, les accidents vasculaires cérébraux. (13)

#### 1.4.1.4 En région

La ville de Strasbourg a mis en place en novembre 2012 un programme municipal Sport Santé sur ordonnances qui prend en charge, pour une durée maximale de trois ans, les patients pour lesquels le médecin traitant a prescrit une activité sportive

adaptée. (43) Ce programme a connu un succès certain et ce sont désormais une trentaine de villes françaises (et plusieurs villes européennes) qui ont suivi l'initiative alsacienne. Quelques expériences menées dans les territoires suivants : la ville de Boulogne-sur-Mer, la ville de Caen, le Réseau Sport Santé Bourgogne-Franche-Comté, le programme sport santé de la Côte Basque, le « Prescri mouv » de Nouvelle Aquitaine, le programme Bouger sur prescription en Savoie, ont permis d'analyser les points forts et les points faibles de ce type de programmes et d'envisager de nouvelles perspectives pour le futur.

#### 1.4.1.5 Dans le Var

MAATIS (Médecine Art et Approches Thérapeutiques Innovantes en Santé) est une association loi 1901. Elle propose diverses actions dont l'activité physique adaptée qui a été regroupée au sein de la sous-structure APAS'SPORT, structure d'accueil d'activité physique adaptée. Cette association, créée en 2012, situe son siège social au niveau du service endocrinologie et maladies métaboliques de l'Hôpital Sainte Musse à Toulon. Elle est présidée par le Dr DI COSTANZO et est coordonnée par Mme GUIEU Caroline ; diplômée d'un master STAPS APAS. Le but premier de l'association est de promouvoir et faire « prescrire » l'Activité Physique Adaptée en Santé (APAS) chez les patients atteints de maladies chroniques (diabète, obésité, cancer, troubles respiratoire, douleurs chronique (lombalgie, fibromyalgie), etc.) tout en améliorant leur autonomie.

Comment ? En commençant par faire pratiquer l'APAS aux patients atteints de pathologies chroniques. Il s'agira ici d'adapter l'activité physique aux capacités des patients lors de cours collectifs, à savoir une prise en charge individuelle au sein d'un cours collectif. Concernant le financement de l'association, les adhérents paient une cotisation de 100€ maximum soit 10€ par mois (25€ par an pour les personnes précaires) avec une prise en charge se faisant de septembre à juin ; pour faciliter l'adhésion, l'inscription peut se faire en cours d'année dont le montant s'ajuste en fonction de la période (25€ d'adhésion + 10€ par mois restant jusqu'à Juin). L'association compte aujourd'hui un peu plus d'une centaine d'adhérents et est en constante progression, par la création de nouveaux partenariats avec le milieu médical (médecins généraliste et spécialiste), les communes de notre région ainsi que le Comité Olympique du Var (CDOS).

La population accueillie est constituée de patients souffrants de pathologies chroniques (obésité, diabète, insuffisance rénale, troubles respiratoires et cardiovasculaires légers), douleurs chroniques (lombalgie, fibromyalgie, etc.), chirurgie viscérale (sleeve, By-pass) et pour lesquelles l'activité physique adaptée a un impact direct sur la santé et la qualité de vie des patients. De ce fait, chaque adhérent se doit de respecter le règlement établi par la sous-structure APAS'SPORT. Chaque séance peut se dérouler dans divers lieux tels que des centres de loisirs et sportifs sans hébergement, des centres de soins, des établissements de santé, des centres sociaux, des centres communaux d'actions sociales ou encore des structures sportives municipales.

Une prise en charge qui se fait par des enseignants diplômés d'une Licence STAPS spécialité APAS et dont le seuil est fixé à 12 personnes par intervenant. Par ailleurs, chaque adhérent possède un suivi médical ou paramédical et est encadré par une coordonnatrice en APAS (diplômée d'un MASTER STAPS APAS), un médecin endocrinologue et des médecins généralistes. Pour les patients le désirant, APAS'SPORT devient une véritable structure passerelle vers un club adapté / spécialisé dans l'activité physique adaptée (exemple de l'aviron « adapté ») ou vers un club proposant des activités physiques adaptées plus ciblées vers une activité physique et sportive « fédérale » (aviron, marche nordique, kayak, etc.).

#### 1.4.2 La législation

L'article 144 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé français a introduit la possibilité, pour le médecin traitant, dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'affections de longue durée (ALD), de prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. (44)

Les modalités d'application de cet article ont été précisées par le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée (8).

Le dispositif est entré en vigueur le 1er mars 2017 (18). L'instruction N°DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 adressée aux Agences Régionales de Santé (ARS) et aux Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports

et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) a complété le décret, en vue du déploiement de cette mesure sur le territoire national.

Ce décret vise à apporter des outils aux services de l'Etat, aux structures et professionnels de santé, médico-sociaux et du sport, impliqués dans la mise en œuvre du dispositif, pour : faciliter la prescription de cette activité par le médecin traitant ; recenser les offres locales d'activités physiques et sportives et d'interventions en activité physique adaptée à la pathologie, et construire le cas échéant des systèmes intégrés de nature à formaliser cette offre ; contribuer à mobiliser des financements pour favoriser l'existence et le développement de cette offre, et la faire connaître des médecins traitants et des patients. La prescription d'une activité physique à un patient en ALD ne donne pas lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie, ni même une cotation d'acte pouvant ultérieurement être remboursé. La charge financière repose sur les patients, ou peut être prise en charge par certaines collectivités territoriales (municipalité, département, région) suivant des modalités propres à chacune d'elle. Par ailleurs, aucune cotation spécifique n'était prévue par les lois pour les consultations médicales dédiées, réalisées par le médecin traitant.

## **1.5 Limites à la pratique et prescription d'activité physique**

### **1.5.1 Pratique d'activité physique**

Pour atteindre les seuils recommandés d'AP pour la santé et les maintenir sur le long terme, il est conseillé d'accompagner son patient vers un mode de vie physiquement plus actif, en sécurité, et, dans la mesure du possible, en toute autonomie, en intégrant dans son quotidien toutes les formes d'AP, les AP de la vie quotidienne, les exercices physiques et les activités sportives de loisirs. Les AP de la vie quotidienne sont d'intensité généralement modérée. Elles sont sûres et ont une bonne adhésion sur le long terme. En Europe, elles représentent plus de 90 % de l'activité physique totale de l'individu.

Les AP de la vie quotidienne comprennent pour 20 % les déplacements actifs, pour 14 % la marche et pour 6 % le vélo, qui sont probablement les AP les plus mobilisables sur le long terme. Ils sont donc à privilégier.

Les activités sportives de loisirs ne représentent en Europe que 7 % de l'AP totale de l'individu. Elles doivent être promues par le médecin, adaptées au goût du patient, à son état de santé et sa condition physique, en l'orientant au besoin vers des activités de « sport-santé ».

La marche est l'AP la plus commune. Elle présente de nombreux avantages :

- Elle a plusieurs fonctions : déplacements actifs et activités sportives de loisirs ;
- Elle n'a pas besoin d'équipement spécifique en dehors d'une bonne paire de chaussures et de bâtons de taille adaptée pour la marche nordique ;
- Elle est réalisable à tout âge avec des risques limités ;
- Elle est soutenue par des motivations individuelles et collectives (santé, préservation de l'environnement, etc.) ;
- Elle présente en général une bonne observance au long cours.

Il existe un lien entre le nombre de pas par jour et les résultats pour la santé, en particulier une réduction de l'incidence des événements cardio-vasculaires (CV) et du risque de diabète de type 2, avec une relation dose-réponse. La marche rapide (et la marche nordique avec des bâtons) est, en général, une AP d'intensité modérée et est bien tolérée. La marche à l'état naturel peut être d'intensité légère, modérée ou élevée. Les podomètres, smartphones et trackers d'AP sont des technologies de plus en plus

employées par les individus pour mesurer leur nombre de pas au quotidien (indépendamment de son intensité). Ces outils sont efficaces pour améliorer l'adhésion d'un individu à un programme de marche et l'adhésion des populations aux recommandations d'AP pour la santé. Ils permettent d'apprécier le nombre de pas par jour. L'objectif en nombre de pas habituellement cité est de 10 000 pas par jour, mais il semble aussi qu'un nombre de pas inférieur à celui recommandé ait déjà des impacts positifs. Ce nombre de pas correspond à la quantité totale de pas dans la journée, donc à des AP d'intensités variables, notamment de faible intensité. Dans ces 10 000 pas, il y a en moyenne 3 000 pas d'intensité au moins modérée, qui sont l'équivalent des 30 minutes d'AP d'intensité modérée recommandées. Cet objectif de 10 000 pas journalier ne doit pas être établi ni imposé comme un dogme ; il vaut mieux, dans un souci d'efficacité, proposer au patient d'augmenter son nombre de pas progressivement (+1 000 à 3 000 pas journalier), et souligner que chaque pas en plus est bénéfique pour sa santé.

La pratique de la marche est tributaire des caractéristiques de l'environnement construit. La proximité d'espaces verts ou de lieux de loisirs, la continuité des parcours piétons, le sentiment de sécurité, la présence de possibilité de haltes régulières (bancs) sont autant de facteurs qui favorisent sa pratique, en particulier chez les seniors.

La pratique du vélo s'inscrit aussi dans le cadre des déplacements actifs et des activités sportives de loisirs. Le cyclisme de loisirs est en général une AP d'intensité modérée. La pratique du vélo est tributaire des caractéristiques de l'environnement construit. L'existence de pistes cyclables, la mise à disposition de vélos en libre-service et de vélos à assistance électrique favorisent sa pratique. (13)

### 1.5.2 Prescription d'AP : thérapeutique non médicamenteuse

Dans son rapport d'avril 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) a défini les thérapeutiques non médicamenteuses. (6) Elles sont efficaces en complément des traitements conventionnels pour les maladies graves. Tel est le cas des activités physiques et sportives adaptées. Selon l'HAS, les thérapeutiques non médicamenteuses regroupent :

- L'éducation thérapeutique,

- Les règles hygiéno-diététiques dont les activités physiques et sportives pour les patients en cours de traitement ou en phase de consolidation ou de rémission,
- Les traitements psychologiques dont les thérapies cognitivo-comportementales,
- Les thérapies physiques, techniques de rééducation : kinésithérapie (réathlétisation, reconditionnement...), ergothérapie.
- L'incitation à l'AP sera plus efficace si elle passe par la prescription médicale d'où la notion de « prescription d'activité physique et sportive ». Pour le médecin prescripteur, l'AP peut être :
  - Un outil luttant contre les pathologies liées aux mouvements (traumatologie du sport), dans ce cas il fait une ordonnance à destination d'un kinésithérapeute,
  - Un outil de rééducation,
  - Un outil de réadaptation ou réhabilitation (cardiaque ou pulmonaire...) pris en charge dans des centres médico-sportifs (la réadaptation cardio-vasculaire, reconditionnement à l'effort précédent le réentraînement).

Cette réadaptation a pour objectif à la fois une remise en condition physique et une prise en charge psychologique adaptée en luttant contre les facteurs de risque par une information et une éducation appropriée (sevrage tabac, nutrition, lutte contre la sédentarité, gestion du stress...)

#### 1.5.2.1 La prescription d'activité physique : une consultation médicale dédiée

La HAS dans son « guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé - chez les adultes » décrit ce à quoi devrait ressembler une consultation médicale d'activité physique. C'est une consultation qui devrait durer environ 30 minutes, qui peut être réalisée en une ou plusieurs fois, et qui est facilitée par la connaissance qu'a le médecin généraliste traitant, de la santé de son patient, de ses habitudes de vie et de son environnement. Elle concernerait des patients asymptomatiques et choisis de façon ciblée. Cette consultation s'intégrant dans un parcours de santé coordonné, pluriprofessionnel, centré par une prescription d'activité physique par le médecin traitant. L'évaluation de la condition physique pouvant se faire par un autre professionnel en activité physique adapté. Elle doit contenir un entretien de motivation qui peut être initié par le médecin traitant et ensuite relayé aux autres professionnels de santé. Cette consultation doit permettre d'évaluer l'état de santé du patient et vérifier si celui-ci est ou non sédentaire via des questionnaires types. Elle doit également s'attarder à évaluer le degré de motivation du patient et lui faire accepter un changement de comportement via un entretien motivationnel. Et cela grâce à l'interrogatoire qui permet de retracer l'histoire médicale du patient (antécédents, pathologies, examens cliniques et complémentaires

antérieures) ainsi que ses habitudes de vie (actif, inactif). Elle doit comporter un examen clinique complet (notamment cardio vasculaire, respiratoire et de l'appareil loco moteur), et l'évaluation des différents composants de la condition physique par des mesures anthropométriques (taille, poids, IMC, périmètre abdominale) et des tests environnementaux (test de marche de 6 minutes). Cela permettant d'évaluer le risque cardio vasculaire de la pratique d'AP, de repérer des contres indications ou limitations cardiovasculaires et musculo squelettiques à l'AP, et de définir les besoins et attentes des patients. Cela doit aboutir à la demande d'avis spécialisés, examen complémentaires ou épreuve d'effort si besoin. L'entretien motivationnel doit accompagner le patient dans ses changements de comportement en définissant des objectifs réalistes et réalisables en AP de la vie quotidienne, en exercice physique, et activités sportives. Cela doit aboutir à une prescription individuelle avec un certificat médical d'absence de contre-indication à l'activité sportive et à la programmation d'un suivi médical avec adaptation de la prescription d'AP et renfort de la motivation.

#### 1.5.2.2 La prescription chez le patient diabétique et/ou obèse

Il a été démontré qu'une AP régulière, même sans perte de poids a un effet bénéfique chez les patients souffrant de diabète et/ou d'obésité. Cette pratique régulière permet la diminution de la graisse intra abdominale et du tour de taille, en augmentant la masse musculaire. Elle permet aussi l'amélioration de la condition physique en diminuant les risques cardiovasculaires. L'AP permet à long terme d'augmenter la sensibilité à l'insuline des tissus musculaires au repos, et une amélioration de la tolérance au glucose persistante 4 à 6 heures après l'activité physique qui devient progressivement permanente. Cette réduction de l'insulinorésistance par une AP régulière s'explique par :

- Une modification de la composition corporelle du sujet avec une diminution de la masse grasse, en particulier viscérale, et une augmentation de la masse musculaire ;
- Des modifications de la cellule musculaire squelettique avec une augmentation des transporteurs de glucose, une augmentation des voies de signalisation de l'insuline, une augmentation de la capacité à stocker le glucose sous forme de glycogène ;

- Une augmentation de la micro-vascularisation. Les AP en décharge doivent être privilégiées en cas de surpoids (piscine, vélo, marche).

Chez tous les patients diabétiques de type 2 (DT2), une évaluation médicale annuelle des facteurs de risque cardio-vasculaire est recommandée, compte tenu du risque plus fréquent de maladie coronaire silencieuse, qui peut passer inaperçue. La présence d'une neuropathie périphérique, d'une rétinopathie proliférative et d'une insuffisance rénale doit être recherchée. Un examen des pieds doit être effectué. Une prise en charge du surpoids ou de l'obésité doit être réalisée. Tous les patients DT2 doivent bénéficier d'une évaluation médicale minimale avec un calcul de leur niveau de risque cardio-vasculaire, avant de recevoir des conseils ou une prescription d'une AP. En cas de complications, une consultation auprès d'un endocrinologue peut être proposée. Tous les patients DT2 ayant un niveau de risque cardio-vasculaire élevé ou très élevé, une consultation médicale d'AP est préconisée avant une AP d'intensité élevée. Les patients DT2 inactifs avec un niveau risque cardio-vasculaire très élevé (complications micro et macro vasculaires ou un facteur de risque cardio-vasculaire associé) peuvent bénéficier d'une consultation médicale d'AP, avant une AP d'intensité modérée. Une consultation médicale d'AP peut aussi se justifier pour des raisons autre que le risque cardio-vasculaire, telles qu'un besoin d'accompagnement plus important, une éducation du patient sur la maladie, ses médicaments et leurs interactions avec l'AP ou la présence de troubles musculo-squelettiques (en lien avec un surpoids), qui peuvent nécessiter de rassurer, de motiver et d'orienter le patient vers des AP adaptées ou du sport-santé. Les patients DT2 traités par insulinothérapie intensive (basal-bolus) et/ou avec DT2 mal équilibré présentent généralement des complications macro et microvasculaires évoluées. La pratique d'AP chez ces patients traités par insulinothérapie intensive doit être encadrée par un diabétologue. Ce suivi permet aussi d'adapter le traitement et d'éduquer le patient à l'adaptation de son traitement à l'AP. Les patients DT2 sont à niveau de risque cardio-vasculaire élevé ou très élevé. Les préconisations suivantes sont retenues (avis d'experts de la HAS) :

- Une épreuve d'effort reste préconisée chez les patients DT2 qui envisagent de commencer une AP d'intensité élevée, notamment chez ceux qui sont physiquement inactifs (Guide HAS, chapitre 5).
- La mesure score calcique coronaire<sup>6</sup> (CAC) peut être proposée aux patients DT2 pour reconnaître un risque cardio-vasculaire (si CAC > 400 unités

Agatston) et alors conduire à la réalisation d'une épreuve d'effort avant de commencer une AP d'intensité élevée.

### 1.5.3 Rôle médecin généraliste

Selon la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HSPT), les médecins ont pour mission de contribuer aux actions de prévention et dépistage. (45) Le médecin généraliste est le seul professionnel de santé consulté par toute la population. Il est identifié comme un interlocuteur de confiance en matière d'éducation en santé. Comme tous les professionnels de santé, il a une place prépondérante dans la promotion de l'AP individualisée. C'est lui qui connaît le mieux le contexte médico-bio-psychologique, social et familial dans lequel évolue son patient. Il occupe donc une place centrale dans le rôle de promotion de l'activité physique. Il est à même de proposer des conseils et une stratégie afin d'aider son patient à changer son mode de vie (comportement sédentaire à actif). Cette approche doit respecter ses convictions, le conseil doit être adapté au degré de motivation et s'abstenir de tout jugement de valeur. Leurs modes d'intervention sont multiples.

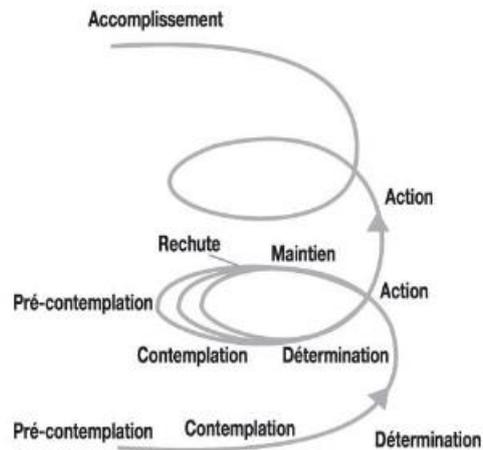
#### 1.5.3.1 Le conseil minimal

Sur le modèle du conseil minimal du sevrage tabagique, le conseil minimal de pratique d'AP, donné durant deux à quatre minutes, est une technique d'approche simple mais efficace à court terme chez les patients sédentaires (46). Le patient passe du stade pré-contemplatif au stade contemplatif du modèle transthéorique de changement. Selon Bize (47), l'enquête téléphonique suisse HEPA (Health Enhancing Physical Activity) réalisée en 2004 confirme que 80% des patients sont sensibles et réceptifs à l'évocation du thème de l'activité physique en consultation, qu'ils souhaiteraient que ce thème y soit abordé et qu'ils lui donneraient de l'importance. Pourtant seulement 28% bénéficient d'une telle consultation et 19% reçoivent des conseils sur l'AP.

#### 1.5.3.2 Entretien motivationnel et modèle transthéorique du changement

Les interventions médicales ont pour objectifs de modifier les comportements et les habitudes de vie. Elles utilisent des techniques d'entretiens motivationnels, approches cognitivo-comportementales développées par William Miller et Stephen Rollnick.(48) Leurs principes sont la manifestation d'empathie, le renforcement du sentiment de liberté de choix et de valorisation de l'efficacité personnelle, le refus d'affrontement et

de résistances, l'utilisation de questions ouvertes. James O. Prochaska et Carlo C. DiClemente ont décrits le parcours motivationnel de patients souffrants d'addictions et ont décrit le modèle transthéorique de changement. (49) Le changement comportemental passe par des stades psychologiquement caractérisés.



Source : Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors [75].

Selon ce modèle, le stade de pratique d'activité physique pouvait être identifié par le médecin pour aider le patient à progresser vers une étape de plus grande pratique :

- La pré-contemplation (indifférence, indétermination) : la personne n'a pas l'intention de faire de l'exercice, il n'est pas sensibilisé aux problèmes de santé causés par son comportement et n'a aucune intention de le changer ;
- La contemplation (intention, réflexion) : la personne voudrait faire de l'exercice régulièrement, elle est sensibilisée aux effets négatifs secondaires à son comportement et mûrit l'idée d'effectuer un changement ;
- La préparation (détermination, programmation) : la personne a sérieusement l'intention de faire de l'exercice ou a commencé sans que l'exercice soit réellement important et n'atteint pas les recommandations actuelles d'AP.
- L'action : la personne est active selon les recommandations (depuis moins de 6 mois) et des changements sont mesurables ;
- Le maintien (consolidation) : la personne pratique une activité physique régulière modérée depuis plus de 6 mois ;

L'usage de l'entretien motivationnel dans la promotion de l'AP est fortement recommandé par diverses institutions en France (conférence de consensus) et dans le monde (47).

## **1.6 Justificatif d'étude**

### **1.6.1 Point épidémiologique en Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) et dans le Var**

On constate dans la région PACA une prévalence particulièrement élevée de diabète chez les personnes de faible statut socioéconomique. Le vieillissement de la population, l'augmentation de l'obésité et le manque d'activité physique font partie des éléments favorisant le développement du diabète. En 2014, on estimait à 5,7 % la prévalence standardisée du diabète traité chez les assurés âgés de 20 ans ou plus en Paca, soit près de 190 000 personnes. Cette prévalence, proche de la moyenne nationale, est relativement stable depuis 5 ans dans la région. Les hommes sont plus touchés que les femmes par cette pathologie (7 % vs 4,7 %). (50) En 2016, on estimait à près de 39 600 le nombre d'assurés au régime général âgés de 20 ans ou plus traités pour un diabète dans le Var, soit une prévalence standardisée de 5,3 % (6,8 % chez les hommes et 4,2 % chez les femmes), un chiffre moins élevé que dans la région (5,8 %), chez les hommes (7 %) comme chez les femmes (4,7 %). Cependant, les communes de la Seyne-sur-Mer (6,8 %) Brignoles (6,5 %) et Toulon (6,3 %) se distinguaient par des prévalences standardisées de diabète plus élevées que dans la région. La prévalence du diabète (de type 2) est plus élevée parmi les populations de niveau socio-économique moins favorisé, notamment en raison de la forte prévalence de l'obésité parmi celles-ci.

Certains territoires, comme le pourtour de l'étang de Berre, l'ouest du Vaucluse ou le centre des Alpes de Haute-Provence, sont particulièrement touchés. Des recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge du diabète de type 2 ont été publiées et actualisées par la Société Francophone du Diabète, la Haute autorité de santé et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Elles s'accordent à préconiser, entre autres, la surveillance biologique de l'équilibre glycémique par un dosage systématique trois à quatre fois par an de l'hémoglobine glyquée (HbA1c), le dépistage tous les 1 ou 2 ans de la rétinopathie diabétique par un

fond d'œil, ou encore la prescription d'une statine pour les patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire quel que soit le niveau de LDL (cholestérolémie).

En 2014, on observe une prévalence de l'obésité en hausse chez les adultes et qui se stabilise chez les enfants et les adolescents. Le surpoids et l'obésité augmentent, à moyen ou long terme, les risques de maladies cardiovasculaires et endocriniennes. Présents dès l'enfance ou l'adolescence, ils perdurent souvent à l'âge adulte. Outre ces conséquences métaboliques, le surpoids et l'obésité ont un impact psychosocial et peuvent notamment être source de mal-être et d'isolement chez l'enfant et l'adolescent. En 2012, 11,7 % des adultes âgés de 18 ans ou plus étaient obèses en Paca, proportion similaire à la moyenne française (11,9 %). La prévalence de l'obésité augmente régulièrement avec l'âge. Il existe une relation inversement proportionnelle entre niveau de revenus du foyer et prévalence de l'obésité. L'obésité chez les adultes a progressé de 76 % entre 1997 et 2012 en France. Entre 2009 et 2012, l'augmentation de la prévalence de l'obésité se poursuit mais avec une tendance significative à la décélération. Les enquêtes mettent en évidence de fortes inégalités sociales, la prévalence de l'obésité étant presque 4 fois plus élevée parmi les enfants dont le père est ouvrier (4,5 %) que parmi ceux dont le père est cadre (1,2 %). (51)

### 1.6.2 Problématique

Les bénéfices apportés par l'activité physique sont indéniables. Le manque d'activité physique dans les populations actuelles l'est aussi. La pratique de l'activité physique est donc devenue un enjeu de santé publique comme nous avons pu le voir précédemment. Les bénéfices se voient donc en prévention primaire mais également en prévention secondaire et tertiaire. Le premier traitement non médicamenteux à mettre en place chez les patients obèses et diabétiques de type 2 est la pratique d'activité physique. Face à ces patients présentant des comorbidités, la pratique d'une activité physique doit être encouragée et adaptée aux conditions physiques, dans le but de promouvoir de nouvelles habitudes et ainsi avoir un impact sur le long terme. C'est à partir de ce postulat que le service d'endocrinologie du CHITS a mis en place une association d'APA pour les patients obèses et/ou diabétique et plus globalement les patients souffrant d'une pathologie chronique. Celle-ci se fait connaître des patients via les programmes d'éducation thérapeutique qui ont lieu sur plusieurs jours avec plusieurs heures dédiées à l'explication du rôle de l'AP ainsi que de la mise pratique

via des démonstration d'AP. Et aussi via les médecins généralistes qui en sont informés au cours de leur formation de DPC par les endocrinologues notamment. Ces activités physiques adaptées sont proposées par l'association MAATIS APA sport depuis 2012. Il en ressort que plusieurs patients ont adhéré au fil des années mais que cependant certains ont arrêté. On dénote une méconnaissance des raisons de ces arrêts. Cela représente un problème dans la prise en charge à long terme de ces patients souffrant de pathologies chroniques. Il nous paraissait donc intéressant de recueillir l'expérience vécue par ces participants. En effet le premier acteur de l'APA étant le patient, il convient donc de s'intéresser à lui pour faire évoluer les prises en charge.

Plusieurs études et thèses d'exercices ont été menés sur les freins des médecins généralistes à la prescription d'AP depuis la mise en place du décret de 2016, mais très peu ce sont penchés sur ceux des patients. (52) (53) (54)

Plusieurs enquêtes déclaratives, études quantitatives, et études mixtes ont identifié des déterminants sociaux (âge, sexe, catégorie professionnelle...) et des facteurs de motivation à la pratique d'activité physique, parmi une population générale. (55) De la même manière, des facteurs non favorisant ont été mis en avant dans une population générale (56).

Plusieurs thèses d'exercice ont identifié, sur la base d'enquêtes déclaratives de patients à risque cardio-vasculaire, des freins à la pratique d'activité physique, dans le cadre d'une prescription médicale en ambulatoire. (56)

Des enquêtes qualitatives menées par des sociologues, au sein du dispositif de Sport Santé sur ordonnance strasbourgeois, ont cherché à comprendre les facteurs d'adhésion des patients à la prescription médicale d'activité physique.(57)

A notre connaissance aucune étude n'a été réalisé en région PACA concernant les freins de patients obèses et/ou diabétiques à la poursuite d'APA via l'association dédiée MAATIS APA sport.

## **1.7 Objectif d'étude**

L'objectif principal de cette étude est donc d'essayer de comprendre quels ont été les freins de ces patients à la poursuite d'une activité physique adaptée via une association dédiée. Quelles sont les causes qui font que des patients souffrant de pathologies chroniques telles que le diabète et/ou l'obésité ayant initié une pratique d'APA finissent par l'arrêter ?

L'objectif secondaire étant de voir quel est le rôle du médecin généraliste dans le maintien de la motivation à travers l'œil de ces patients.

Cette étude est une étude qualitative, plus adaptée à l'objectif défini, puisque nous souhaitons étudier les sentiments, croyances, opinions des patients à qui l'on propose un traitement non médicamenteux qui est initié mais non poursuivi. Nous allons essayer de saisir le sens que ces patients attribuent à la pratique d'APA. Et cela dans le but de pouvoir améliorer à terme leur prise en charge.

## **2 Matériels et méthodes**

### **2.1 Type d'étude**

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi dirigés pour connaître les freins des patients à la poursuite d'activité physique adaptée après initiation d'un projet et inscription à une association d'activité physique adaptée. Le choix d'une étude qualitative s'est fait car on cherchait à répondre aux questions de type « pourquoi » ou « comment ». La démarche interprétative et inductive de la recherche qualitative permettant l'élaboration d'hypothèses dans des champs de recherche complexes, où les phénomènes ne sont pas quantifiables et mesurables, en interrogeant les émotions, les sentiments, le comportement et le vécu des personnes. (58) On s'intéresse aux causes et aux logiques qui guident les comportements des individus. Le choix de la méthode de recherche qualitative s'est porté sur une approche phénoménologique, dont le but est de comprendre le sens ou la signification d'un phénomène à partir de l'expérience de ceux qui l'ont vécu. À travers le récit d'expériences personnelles des individus interrogés, l'interprétation qu'ils en faisaient, et un recueil de ces éléments subjectifs, l'approche phénoménologique a permis au chercheur d'accéder à des univers singuliers. Même s'il y entrait avec ses propres représentations et conceptions, le chercheur devait déconstruire ses présupposés et a priori préexistants, de manière à comprendre le phénomène étudié. Ainsi, par cette approche centrée sur l'individu, l'objectif était le recueil du vécu et de l'expérience des personnes ayant arrêté l'activité physique adaptée via l'association MAATIS APA sport. Une approche qualitative, en donnant la parole aux patients sur ce sujet permet l'expression de leur vécu et de leur représentation : « mieux comprendre le patient pour mieux le soigner ».

### **2.1 Population d'étude**

En analyse qualitative, l'objectif est d'obtenir la plus grande variabilité de points de vue. Contrairement à la méthode quantitative, le recrutement des participants de l'étude ne pouvait pas être aléatoire, par randomisation. Les sujets étaient choisis un par un, au fur et à mesure des entretiens, en fonction de la liste des patients ayant arrêté l'APA, pour constituer un échantillon raisonné. Nous avons ainsi, tenté de varier au maximum le profil de nos interviewés : hommes/femmes, sujets âgés/sujets

jeunes, différents milieux socioculturels. Tout en prenant en compte le fait qu'il y avait beaucoup plus de femmes qui avaient initiés des séances d'APA. Le nombre de sujets à inclure n'était pas défini au préalable. Il était jugé suffisant dès lors que l'on a atteint la « saturation de données », c'est-à-dire, lorsqu'aucun nouvel élément ne ressortait des nouveaux entretiens. Ce phénomène semblait apparaître lors du 14<sup>ème</sup> entretien de notre étude, et a été vérifié par trois entretiens complémentaires.

Les critères d'inclusion ont été :

- Avoir été inscrit à l'association MAATIS APA sport dans les années 2016 -2017 et/ou 2017-2018 (dans le cadre d'une prise en charge de diabète, obésité ou surpoids).
- Ne pas être inscrit pour l'année 2018- 2019,
- Résider dans la métropole Toulon Provence Méditerranée (TPM).

La plupart des patients inscrits à cette association avaient bénéficiés soit d'un programme d'éducation thérapeutique concernant le diabète et/ou l'obésité en vue d'une chirurgie bariatrique, soit d'une consultation avec un endocrinologue. Une patiente était orientée par son psychiatre, une par son médecin rhumatologue.

## **2.2 Le guide d'entretien**

Le guide d'entretien a été réalisé à partir de plusieurs thèmes à aborder (freins à la poursuite de l'APA, motivations à la poursuite d'APA, rôle du médecin traitant dans la pratique d'APA selon le patient). (59) Pour chacun des thèmes des questions de relances permettant d'amener les points importants si l'enquêté ne les développait pas spontanément ont été réfléchies. Le guide d'entretien a été relu et corrigé par la directrice de thèse, l'endocrinologue du CHITS, la coordinatrice de l'association MAATIS APA sport. Le guide d'entretien a été testé initialement sur deux personnes. A l'issue de ces deux entretiens, quelques modifications ont été faites avant de proposer un guide d'entretien consensuel. Le guide d'entretien n'a ensuite pas été modifié au cours des entretiens suivants. Les entretiens ont été en majorité conduits au domicile des patients, à l'heure et la date qui leur convenaient. Les autres entretiens réalisés en cabinet de ville ou en salle de consultation à l'hôpital ont été réalisés dans un environnement calme, propice à la discussion et à la confidentialité. Les patients ont

été encouragés à développer leurs idées tout en respectant les blancs. L'enquêtrice a essayé d'être la plus neutre et bienveillante possible.

Le journal de bord a servi de support pour suivre l'avancée du travail de recherche, réaliser des hypothèses précoces, déconstruire des à priori, et faire évoluer les réflexions. La grille internationale de qualité d'études qualitatives COREQ-32 a été suivie lorsque les items de la grille étaient applicables. (60)

### **2.3 Recueil des données qualitatives**

Le premier contact a été établi par mail (annexe 1) en novembre 2018, une relance a été faite en janvier par mail et via un appel téléphonique afin de cibler aussi les personnes ne consultant pas leurs mails. Diverses autres relances ont été faites en s'adaptant au profil des patients déjà interrogés et ceci afin d'avoir un échantillon varié et représentatif. Les entretiens se sont déroulés sur la période suivante : de décembre 2018 à avril 2019. Ils ont eu lieu, à la convenance des patients, soit chez eux, soit dans les cabinets des médecins chez qui la thésarde travaillait alors, soit à l'hôpital de la Seyne sur Mer. La majorité ayant eu lieu au domicile des patients afin de permettre un entretien plus spontané dans un lieu où les patients étaient à l'aise et prompts à répondre aux questions de la thésarde. Deux des entretiens ont finalement dû se faire par téléphone, les patients ne souhaitant répondre que de cette façon-là.

Les entretiens ont duré de 10 minutes à 34 minutes.

Les entretiens débutaient par un recueil des données socio-économiques des patients (annexe 3), ceci afin de permettre de briser la glace et faire connaissance avant de débiter l'entretien en lui-même. Celui-ci était guidé par le guide d'entretien (annexe 2).

Les entretiens étaient enregistrés via la fonction dictaphone de deux téléphones portables afin de minimiser une perte d'information potentielle due à un problème technique. Les téléphones portables étaient disposés à l'écart du champ de vision des patients interrogés afin de les rendre les plus discrets possibles. Et ceci afin de limiter le biais de déclaration liés à la sensation d'être enregistré et donc d'obtenir une parole plus libre. Les entretiens ont été retranscrits en intégralité, mot à mot. Chaque patient était identifié par un numéro pour garantir son anonymat. Les expressions non verbales ont été consignées autant que possible : rires, pleurs, silences, hésitations.

Après chaque entretien, une relecture par le patient de la retranscription de son entretien, avant analyse des données n'a pas été demandée. En revanche, il a été systématiquement proposé à l'interlocuteur de pouvoir récupérer un exemplaire de la thèse, une fois celle-ci terminée.

## **2.4 Analyse des données qualitatives : analyse des verbatims**

Les entretiens ont été intégralement retranscrits les uns après les autres, et dans un délai maximum d'une semaine après enregistrement. Ce délai permettant de rapporter avec le plus de justesse possible les éléments de langage non verbaux constatés au cours des différents entretiens, et de limiter ainsi les biais de mémoire. Une première relecture des entretiens retranscrits a été réalisée en collaboration avec la directrice de thèse. En effet, la directrice de thèse a analysé les entretiens de son côté, afin de faire ressortir les thèmes principaux selon elle. Ces thèmes ont été comparés à ceux qui étaient ressortis de l'analyse de l'investigatrice afin de compléter les codages.

Le long travail de retranscription a servi à constituer des extraits « verbatim », qui ont été analysés par trois niveaux de codages successifs :

- Le codage descriptif ou ouvert : permettant de résumer et de rassembler les idées directrices de chaque entretien. Chaque entretien a été décomposé au maximum en citations pour faire ressortir toutes les idées du discours et les faire correspondre à un code.
- Le codage thématique ou axial : permettant d'identifier et de classer les codages ouverts en catégories. Des grands thèmes récurrents relevés ont ainsi émergé.
- Le codage matriciel ou sélectif : permettant la modélisation d'un schéma explicatif, mettant en lien les grands thèmes émergents du codage axial et explorant un sens commun à l'expérience vécue par les participants de l'étude.

Le logiciel NVivo10 a été utilisé pour associer les verbatims les plus significatifs à chaque items ou nœuds et regrouper ces items en occurrence.

## **2.5 Ethique**

L'accord des participants a été recueilli avant de démarrer chaque entretien (annexe 4). Un consentement écrit stipulant que les données issues de l'entretien individuel

étaient enregistrées, anonymisées et utilisées aux seules fins de l'étude, a été collecté pour chacun d'eux excepté pour les deux entretiens téléphoniques où seul un accord oral a été demandé. Une déclaration à la CNIL avait été envoyée en amont du travail (annexe 5). Les enregistrements audios ont été effacés à la fin de l'étude. Afin de satisfaire aux conditions de la loi Jardé, une demande a été envoyée auprès du comité de protection des personnes (annexe 7), nous n'avons, à ce jour pas encore reçu de réponse. Une demande complémentaire a été faite au comité d'éthique, également dans l'attente d'une réponse.

## **3 Résultats des entretiens semi dirigés**

### **3.1 Caractéristiques de l'échantillon**

Cinquante patients n'ont pas renouvelé leur adhésion pour l'inscription en 2018/2019. Six patients avaient des données de contacts erronées. Quarante-quatre patients ont donc été contactés initialement par mails. 4 patients ont répondu positivement par mail au premier envoi. Les autres ont été relancés au fur et à mesure, soit par mail, soit par téléphone. Le choix des personnes à relancer s'est fait en fonction des caractéristiques des personnes déjà interrogées pour essayer de cibler au maximum des personnes différentes afin de garantir un échantillon diversifié de façon raisonnée.

Dix-sept patients ont été inclus dans cette étude.

Les patients ayant participé à l'étude présentaient des parcours de vie différents et étaient issus de milieux sociaux également différents. Ils étaient originaires de différentes villes de la métropole Toulon Provence Méditerranée. Ils avaient été amenés à s'inscrire à l'association MAATIS APA sport via différents intervenants. Tous sauf deux patientes avait participé au programme d'éducation thérapeutique proposé par le CHITS. Ils avaient tous un médecin traitant déclaré.

L'ensemble des caractéristiques des patients sont représentés dans l'annexe 5.

### **3.2 Résultats principaux**

#### **3.2.1 Freins des patients à la poursuite d'une activité physique adaptée**

Les freins des patients à la poursuite d'une activité physique adaptée via l'association MAATIS APA sport ont été classés en différentes thématiques. On retrouve ainsi des freins :

- Relatifs à des aspects collectifs et sociaux,
- Relatifs à des facteurs individuels,
- Relatifs à la santé physique et mentale,
- Ainsi que des freins relevant plus du domaine de l'environnement et de l'organisation de l'association.

Les citations des patients issues des verbatims, ont été présentées en italique et précédées de la lettre P pour « Patient », ainsi que du numéro de l'entretien correspondant. Des relances de notre part ont été retranscrites pour améliorer la compréhension de certains passages oraux, et commencent par la lettre D, pour « Doriane ».

### 3.2.1.1 Aspects collectifs et sociaux

#### 3.2.1.1.1 Coût

Le coût représente un frein pour un certain nombre de patients. D'autant plus que pour l'année 2018-2019, il y a eu une augmentation des tarifs pour continuer à faire vivre l'association suite à une diminution des aides gouvernementales. Comme le fait également remarquer une des patientes, le coût peut aussi servir d'excuse sans que ce soit finalement le réel frein.

*P.1 : « Je me suis dit 100 euros pour 6 mois, ça fait cher quoi, voilà, je me suis dit ça quoi. Après est ce que c'est la vraie raison ou est-ce que tu n'as pas envie ? »*

*P.13 : « Mais je voulais y rester, sauf qu'après, bon ben il y a eu, je devais m'inscrire à l'autre aussi. J'aurais continué si ça avait continué à être gratuit. Mais ce n'était pas possible. Bon ce n'était pas tout à fait gratuit, mais c'était tout comme. J'aurais pu continuer si c'était resté au même tarif qu'avant mais après Mme G ne pouvait pas continuer comme cela. »*

*P.2 : « Et moi ce qui m'a un peu surpris, c'est l'augmentation des cotisations qu'on a eues, moi je suis une personne seule avec des tous petits revenus, ce n'était pas évident non plus. »*

*P.3 : « La partie financière qui à mon avis bloque des gens »*

*P.6 « Là j'ai arrêté MAATIS APA sport parce qu'ils ont augmenté leur tarif donc ça me faisait double emploi et trop cher. »*

*P.8 « Parce qu'il y en a qui ont des petites, petites retraites ! Payez 75 euros, ils ne peuvent pas. Après 75 euros l'année ça ne fait pas beaucoup vous me direz. Je paie 120 euros pour la marche et BPCO VAR je paie ni plus ni moins que 10 euros. C'est subventionné par un organisme. »*

#### 3.2.1.1.2 Difficultés d'intégration au groupe

Plusieurs patients ont mentionné la difficulté de s'intégrer au groupe comme un frein à la poursuite de l'APA. Cette difficulté pouvait tenir au fait de s'être inscrit un peu tardivement, au fait de côtoyer des patients souffrant de pathologies différentes des leurs, induisant une difficulté de rapprochement du fait des différences ou méconnaissance des autres pathologies.

*P.1 : « Ben je n'ai pas réussi à me faire d'amis, déjà, je ne me suis pas inscrite en début d'année et du coup j'ai eu du mal à m'intégrer au groupe. Il y avait beaucoup de disparités dans les pathologies, ça pouvait être de la fibromyalgie comme des gens très obèses. » « Il faudrait qu'ils arrivent à créer entre les gens des liens qui font que quand on n'a pas envie d'y aller, la copine elle appelle et puis bon : « Allez t'y vas ? », « Allez j'y vais ! », « Viens je passe te prendre ». Voyez. » « C'est créer des liens parce que c'est important déjà quand on n'a pas la même pathologie, ben déjà ça n'aide pas à se comprendre, à se rejoindre. »*

*P.4 : « Il en aurait fallu beaucoup pour moi...que je fasse partie d'une bande qui m'entraîne... »*

#### 3.2.1.1.3 Arrêt d'un accompagnant

Il est également ressorti que l'arrêt d'un accompagnant (que ce soit un membre de la famille, un ami, un camarade d'APA) consistait en un frein à la poursuite de l'APA, en corrélation avec une perte de motivation.

*P.16 « Et en plus mon frère ne peut plus y aller cette année. »*

*P.4 « Parce que quand j'allais avec l'association là, à la Beaucaire, j'allais chercher quelqu'un qui habite un peu plus haut que l'hôpital, donc ça fait que ça me motivait, vous comprenez, j'allais la prendre, bon si elle n'était pas là, elle n'était pas là, mais moi j'étais sortie de chez moi. Le jour où je ne suis plus allée la prendre, ça ne m'a plus motivé. »*

#### 3.2.1.1.4 Comparaison à autrui

Pour certains patients, le fait de se comparer à autrui peut consister en un frein à la poursuite d'APA. Cette comparaison peut entraîner soit une auto-dévalorisation, soit une perte de motivation. Cependant ce frein est plutôt retrouvé lorsqu'ils mentionnent des activités physiques hors APA, dans des clubs classiques antérieurs, où le fait de voir et de réaliser des exercices avec des personnes en meilleures conditions physiques a un côté décourageant. Cela consiste en un frein à la réintégration en schéma classique dans le sens où ils ne sont pas à l'aise d'effectuer des activités physiques avec des gens en bonne condition physique et de ce fait à l'arrêt de l'activité physique adaptée ne poursuivent pas dans des club classiques d'AP.

*P.13 : « Puisque que je commençais à avoir mal au dos etc...et puis j'avais remarqué que même l'aquagym, quand on le fait avec des gens, des gens « qui sont dans un état normal » euh, forcément des gens qui paient, bon ben ils se donnent à fond. Et puis on fait comme tout le monde... Et là, même en aquagym, ça me faisait plus de mal que de bien, donc j'ai dû m'arrêter »*

*P.5 « Je voyais les salles de sport lambda. Donc en fait, qui sont avec des gens la plupart du temps, qui sont plutôt minces, qui sont plutôt en bonne santé. Donc un effet un peu décourageant. Alors que là c'était adapté justement aux personnes en surpoids. »*

*P.1 « J'ai essayé hein, m'inscrire à un cours de yoga à l'extérieur. Je veux dire, on aurait dit un crapaud au bord d'une mare. Je n'arrivais pas à me relever, je n'étais pas adaptée aux autres. »*

#### 3.2.1.1.5 Sentiment d'exclusion, d'être minoritaire.

Pour un patient, le fait de faire partir d'une association d'activité physique dite adaptée, lui procurait le sentiment d'être catégorisé comme quelqu'un de malade, d'être exclu d'une certaine partie de la population. Cela le mettait face à sa maladie alors que lui-même n'avait pas le sentiment d'être malade.

*P.9 « ...et puis je n'ai pas un caractère... ces sessions adaptées, on se retrouve... bon... on se retrouve dans un milieu qui est... réservé aux gens qui sont malades... moi je ne supporte pas... au bout d'un moment ça me gonfle. Malade ci, malade là. Pfff Bon ce n'est pas trop mon truc. Moi la maladie. C'était pratiquement que des gens... D : « Pour certaines personnes cela peut aider, mais vous, vous vous sentiez un peu exclu d'être dans un groupe comme cela ? » P : « Voilà. Des fois je me demandais même ce que je foutais là, parce voyez à la limite... ».*

Un des patients n'a pas poursuivi car il se sentait en minorité et un peu exclu au milieu d'une population féminine ce qui le rendait mal à l'aise.

*P.10 : « Alors la première raison, je n'y suis plus allé parce que c'était trop léger, et deuxièmement j'étais le seul garçon, il n'y avait que des filles... voilà pourquoi je n'ai pas continué. »*

#### 3.2.1.1.6 Education

Pour une patiente la difficulté de poursuivre une APA tenait du fait que n'ayant jamais été éduquée dans cette optique là, c'était compliqué pour elle de débiter et poursuivre dans un schéma de vie plus actif. Une patiente remarque également les différences d'éducation entre son frère et elle, qui ont eu pour conséquence, selon elle, une moindre pratique d'activité physique de sa part.

*P.7 : « On ne l'a jamais été. Je n'ai jamais été sportive, ce n'est pas quelque chose qui m'intéressait. Je n'ai pas été élevée là-dedans de toute façon. »*

*P.5 « Alors dans l'enfance non. C'est vrai qu'en analysant, je me suis rendu compte que mon frère lui, il était inscrit à des cours de judo, des choses comme ça. Et que moi, mes parents ne s'en sont jamais occupés. Alors que j'ai toujours été, ben assez ronde quoi. Et après, moi j'aimais bien aller à la piscine, mettre des palmes, des choses comme ça. Mais c'est vrai que ce n'était pas de façon régulière. »*

Une autre patiente fait remarquer le manque d'éducation à la santé comme un frein à la poursuite d'APA. En effet, elle regrette le manque d'informations et d'explications

sur le pourquoi et les bénéfices de faire de l'AP. Pour elle, certaines personnes ne poursuivent pas car elles n'ont pas compris pourquoi elles devraient poursuivre.

*P.15 : « Justement par rapport à l'hypertension, moi je me suis documentée un peu toute seule, mais j'ai appris...par exemple. Comme je suis enseignante, j'aime bien le pourquoi des choses. Sur comment agit le sport par exemple sur un problème d'hypertension. Ça par exemple c'est intéressant à savoir. Apparemment, ça agit sur les vaisseaux sanguins. Moi ça m'intéresse. » « Oui voilà, parce que je pense que si l'on comprend ce qu'on fait, on le fait mieux. Ça c'est comme avec les enfants, il faut qu'ils comprennent pourquoi on fait une activité. Voilà, il faut faire un peu de la pédagogie avec les gens je pense. Parce que moi, on me disait, il faut faire du sport, mais je ne voyais pas où au niveau de l'hypertension, ça pouvait m'être bénéfique. »*

#### 3.2.1.1.7 Autres associations / autres activités

Certains patients n'ont pas poursuivi via l'association MAATIS APA sport car ils faisaient partis d'autres associations et n'avaient plus le temps nécessaire à consacrer à l'APA (ces autres associations pouvant être d'ordre culturel, à visée de détente...).

*P.6 « Ben oui c'est-à-dire que finalement l'hiver je ralentis un peu, je fais aussi sinon de la sophrologie, de la méditation et du chant. Donc j'essaie de répartir sinon ça me donne du stress. »*

D'autres étaient trop pris par leur travail, activités autres, qui comportaient une grande part d'activité physique en soi et donc considéraient en faire assez.

*P.7 « Ben déjà parce que quand j'ai cherché à faire des trucs en plus, j'ai une amie qui m'a conseillé d'aller faire du bénévolat à la banque alimentaire. La banque alimentaire c'est aussi très physique, c'est charger, décharger des camions. Partir en ramasse, voyez. Je partais d'ici à 6h du matin, j'allais à pied à la banque alimentaire, à 3km, je rentrais à pied. Je faisais toute ma tournée, monter, décharger... c'était super intensif, et comme je ne travaillais pas... Il vous demande 2 jours par semaine, mais si vous ne travaillez pas il vous demande un peu plus, donc des fois j'étais à trois, quatre jours par semaine. Voilà donc je n'avais plus le temps. » « Non je n'ai pas discuté avec lui... ben si je lui ai dit que j'allais faire de la gym, puis après que j'allais faire la banque alimentaire. Je ne lui dis pas que j'ai arrêté : je lui dis que je fais autre chose. »*

*P.15 : « Et maintenant je le fais de manière plus intensive puisque je fais partie d'un groupe de marche nordique. Mais je m'y suis mis tardivement, ça fait quatre ans que je fais de la marche nordique hein. »*

D'autres se sont inscrits à d'autres associations d'APA organisées pour une autre pathologie dont ils souffrent.

*P.8 « Je suis à BPCO var, je ne sais pas si vous connaissez ? Par rapport...c'est Mme...c'est le poumon, c'est Mme P. C'est pour l'amiante et tout. Elle a monté une association et tout, on est encadrés tous les 15 jours par des médecins. Il y a des personnes qui ont de l'oxygène, donc il y a les prestataires de l'oxygène. On est vraiment, vraiment bien encadrés. On fait de la marche, des exercices adaptés et puis*

*après une fois, -bon ça c'est tous les 15 jours-, une fois par semaine on va marcher avec des personnes qui s'occupe de nous. Et une fois par semaine, ça c'est le jeudi, on fait de la gym. Mais là vous êtes vraiment, vraiment encadrés, très très bien encadrés, parce qu'il y a des toubibs. »*

Enfin, certains patients n'ont pas poursuivi car ils se sont inscrits dans des associations d'activités physique non adaptées. En effet, pour eux, l'association MAATIS APA sport a été un succès et une passerelle qui leur a permis de se reconditionner à l'effort et de reprendre un chemin plus classique.

*P.11 : « Ben parce qu'on en a plus besoin, après on est en bonne santé, on a la chance de de nouveau être en bonne santé, donc on en a plus besoin. Moi maintenant je fais du sport, mais comme tout le monde. Je n'ai plus besoin de sport adapté. Maintenant tout est rentré dans l'ordre. Enfin rentré dans l'ordre, façon de parler. Et maintenant je peux faire du sport comme tout le monde. »*

*P.11 « Oui voilà je n'ai plus besoin de l'activité adaptée. »*

*P.13 : « Voilà, en fait, c'était le but au départ... c'était une passerelle. J'étais même plutôt triste au début, parce qu'on a créé des liens avec les copines, bon il y avait beaucoup plus des femmes que d'hommes, puis il y avait toujours des coachs qui étaient très sympathiques. Très agréables et très motivés. Je n'en ai que des bons souvenirs de toute façon. »*

### 3.2.1.2 Caractéristiques individuelles

#### 3.2.1.2.1 Absence de motivation

Le manque de motivation, l'absence d'envie, le désintérêt reviennent à plusieurs reprises comme freins à la poursuite d'APA.

*P.1 : « Après est ce que c'est la vraie raison ou est-ce que tu n'as pas envie ? »*

*P.10 : « Ce n'est pas quelque chose qui m'intéresse et me motive »*

*P.4 « Parce que je n'ai pas envie. » « Ah oui, oui, je ne suis pas motivée. Peut-être que si j'avais quelqu'un qui m'entraîne, oui. » « Pas motivée parce que j'étais seule à y aller, mes petits-enfants, mais surtout pas motivée parce que j'étais seule à y aller. »*

*P.7 « Ce n'est pas parce que je l'ai l'ordonnance que je vais forcément appliquer ce qu'il y a écrit dessus. De toute façon, c'est moi qui décide, c'est mon corps. » « Ben rien, non il n'y aucun argument, il faut juste que je sois motivée. »*

*P.9 « Le manque de motivation » « Ben j'en ai eu un peu marre, déjà de ne pas perdre du poids, parce que comment on appelle cela, le coté nourriture, régime, bouger, pfff, c'est contraignant ! Faut trouver des menus pour préparer sa bouffe... bon au bout d'un moment, j'ai dit bon, il y a des périodes ou je lâche, je ne dis pas que je me gave, ou que je ne fais rien du tout, mais je lâche, je ne fais pas attention. Je trouve que c'est particulièrement ardu comme maladie. »*

*P.17 « Ben déjà de prendre goût à faire des activités sportives, ce qui avait commencé à se faire. Mais comme j'ai commencé en fin d'année et qu'après la reprise tardait un peu. En fait, ma motivation, ça s'est diluée. »*

### 3.2.1.2.2 Contraintes

Pour un certain nombre de patient les mots « activité physique » rime avec contrainte et souffrance, ce qui ne les a pas incités à poursuivre. En effet l'APA est pour eux un vecteur de sentiments négatifs et d'expériences désagréables.

*P.10 « Euh... ben souffrance [rire]. »*

*P.7 « Activité physique... contrainte... ouais voyez je suis un peu comme cela... ce n'est pas bien être, non du tout. »*

*P.4 « Ah Supplice ! »*

Pour une patiente, faire de l'activité physique ne doit pas être une contrainte sinon elle ne poursuit pas ses efforts. L'activité physique doit se présenter sous forme de loisir, de plaisir et avoir un objectif clair, et ne pas se suffire à elle-même.

*P.3 « Alors moi il ne faut pas que ce soit une contrainte, par goût, je n'ai pas le goût de faire du sport mais par contre, j'ai effectivement pris conscience des bienfaits de la marche, de la gym douce et des choses comme ça. Il faut que ce ne soit pas quelque chose de contraignant. Moi je ne sais pas aller marcher pour aller marcher, faut que je me trouve un but, sortir mon chien... »*

Pour bon nombre de patients, les contraintes horaires, de travail, des activités physiques ont constitué un frein à la poursuite d'APA.

*P.1 « Les contraintes, il faut sortir la voiture, il faut y aller, il faut se taper les embouteillages. »*

*P.3 « Les horaires de travail, quand vous faites 9h midi, 14h 18h et que vous êtes... [réfléchit], moi je travaillais une partie à Six fours et une grosse partie à Toulon, vous avez les embouteillages pour rentrer, vous rentrez, vous enlevez les chaussures et c'est bon quoi, ce n'est pas possible autrement. » « Le travail et les contraintes horaires m'ont empêché. » « Le fait que les horaires de piscine, ça se surajoutent, pour nous qui sommes sur Six fours par exemple, je ne peux pas aller jusqu'au port marchand. C'est possible quand on est à la retraite ou en maladie. Ce n'est pas possible quand on est en activité. »*

*P.4 « J'aurais peut-être continué plus longtemps... après je suis allée garder mes petits enfants à Marseille. Donc comme c'était le mercredi, pour moi ce n'était pas possible. Parce qu'il fallait que je fasse la gym le matin et qu'après je parte pour être à 11H30 à l'école. Donc ce n'était pas possible. »*

*P.5 « Après je trouve que le problème, c'est le temps. Voilà, c'est que je ne fais pas un 35h, je fais largement plus. »*

*P.6 « Ben j'étais tellement investi dans mon travail que je n'avais pas le temps de faire des activités physiques. » « ...de l'activité professionnelle et du manque de temps que j'ai arrêté. »*

### 3.2.1.2.3 Evènements de vie, impératifs familiaux et personnels

Certains patients n'ont pas poursuivi suite à des événements de vie les ayant fait repenser leurs priorités. Que ce soit un licenciement, des étapes de vies plus compliquées, des petits enfants à garder...

*P.12 : « Mon licenciement, après il y a des conséquences aussi, j'ai eu d'autres problème de santé, j'ai eu un polype. »*

*P.9 « Il y a des choses qui correspondent à des périodes plus ou moins difficiles de la vie, il y a la maladie et les autres trucs comme cela qui passent un peu au second plan. La vie ce n'est pas un long fleuve tranquille. Je n'ai pas flanché de trop, au bout d'un moment, il y en a marre »*

*P.4 « ...j'aurais peut-être continué plus longtemps si... mais, après je suis allée garder mes petits enfants à Marseille. Donc comme c'était le mercredi, pour moi ce n'était pas possible. Parce qu'il fallait que je fasse la gym le matin et qu'après je parte pour être à 11H30 à l'école. Donc ce n'était pas possible. Et puis moi je suis une angoissée donc si je n'arrivais pas à l'heure à l'école, je me faisais tout un monde, il fallait carrément que je parte à 10h de la Seyne, tranquillement, et être à l'école à Marseille. »*

### 3.2.1.2.4 Manque de temps

Le manque de temps revient à plusieurs reprises dans les freins à la poursuite de l'APA. Et cela bien que plusieurs des patients interrogés soient retraités. Certains patients évoquent également leur regret de ne pas avoir pris plus de temps pour cela.

*P.11 « Le temps [rire] je suis à la retraite mais je n'ai pas beaucoup de temps ! [Rire] »*

*P.16 « C'est parce qu'avec la chasse, je n'ai plus trop le temps. Je vais tous les jours à la chasse. Moi je fais bien 10 km par jour en allant dans les bois. »*

### 3.2.1.2.5 Traits de caractères

Les freins à la poursuite d'activités physiques adaptées étaient bien souvent dépendants du caractère des patients ayant initié cette pratique. Plusieurs patients étaient conscients que le problème le plus difficile à surmonter pour poursuivre venait d'eux, de leur caractère, soit de leur « fainéantise », soit de leurs barrières intérieures, leur manque de courage.

*P.4 « Non, moi je n'étais pas une sportive, je suis une grosse feignante (rire) » « Je suis allée, j'en ai connu deux, aussi bien bonne ambiance avec l'un ou l'autre, non je ne vois pas quoi améliorer si ce n'est moi. »*

*P.5 « Fut un temps, j'étais allée dans une salle de sport, donc au début, il y avait une espèce de coach. Mais je ne me sentais pas comprise... »*

*P.9 « Ça fait du bien, voilà. Après il y a des périodes ou j'en fais moins, je fais un peu la feignasse ! »*

#### 3.2.1.2.6 Difficulté à tenir sur le long terme

Un patient décrit très bien le fait qu'il n'a globalement pas de problèmes pour initier de nouvelles pratiques d'activités physiques et qu'il en comprend les bienfaits mais que le maintien sur le long terme et pour lui beaucoup plus problématique.

*P.9 « Moi je trouve que c'est très intéressant, c'est bénéfique. Après c'est sur la régularité et le long terme que c'est plus difficile. A maintenir. » « Non non, puis je sais ce qu'il faut faire, le problème c'est de le faire sur le long terme. Je connais. J'ai toujours connu les bénéfices du sport, ça faisait partie de notre culture. »*

#### 3.2.1.2.7 Manque soutien

Et il ressort que cette difficulté à tenir sur le long terme et souvent corrélée à un manque de soutien ressenti par les patients. Ce manque de soutien ressenti, peut être lié à un manque de communication avec le médecin généraliste, un manque de compréhension venant de l'entourage, un manque d'une personne dédiée avec qui ils pourraient parler de leurs difficultés ...

*P.9 « La ou ça pêche un peu, c'est que l'on n'a pas beaucoup d'endroits, de structures, de soutien. Le fait d'aller voir un psychologue quelque part, ne m'intéresse pas particulièrement, c'est surtout, dans le truc... » « Pour moi le plus difficile c'est qu'à un moment donné... ce n'est pas que ... pas un coach, ce n'est pas ce que je veux dire, mais quelqu'un qui prenne un peu en considération ce qui se passe, qu'on soit plus sur des relations, un peu plus, pas intimes, je ne dis pas ça mais plus proche, qu'on puisse sentir, comme quand on va chez quelqu'un, sorti du cadre médical. Les endocrinos... ben ils sont ce qu'ils sont, ils sont... ben ce sont des toubibs, voyez. Et puis bon, c'est sûr ils te disent, faut faire ci, faut faire ça, mais on n'a pas ce contact comme avec un médecin de famille. Déjà il faut 6 mois pour avoir un RDV. Très très loin, et là on a le temps d'être démotivé. » D : « Et justement, votre médecin traitant, là il était au courant, que vous faisiez cela ? Vous n'en avez pas discuté avec lui ? Ça aurait pu être l'intervenant ? » « Mais si...mais ... si si ça aurait pu, ce sont des conseils, mais il n'y a pas assez... d'abord les toubibs, maintenant, ils n'en peuvent plus, parce qu'ils sont surchargés... au bout d'un moment ça l'est... je ne sais pas... je ne sais pas. C'est peut-être moi qui suis un peu à côté de mes pompes. »*

#### 3.2.1.2.8 Sentiment de mise en échec

Le sentiment d'échec après tentative de participation aux activités physiques a aussi été décrit comme un frein à la poursuite d'APA.

*P.9 « Un jour peut être j'aurais un déclic. Les conseils on me les donnent mais je n'arrive pas à les faire tenir sur le long terme »*

#### 3.2.1.2.9 Se sentir incapable

Un patient s'est dit tout bonnement incapable physiquement de poursuivre l'APA.

*P.12 : « Je vous avoue que je recommence à peine à marcher. Ce n'est pas la peine pour moi... »*

### 3.2.1.2.10 Difficultés

Les difficultés à faire du sport ont été décrites comme un frein à l'APA.

*P.17: « Le sport ...c'est plutôt quelque chose de difficile qui nécessite un effort. »*

### 3.2.1.2.11 Déception : peu efficace

Certains patients ont arrêté par déception, ils ont en effet trouvé que c'était inefficace par rapport à leurs attentes (diminution des douleurs, perte de poids).

*P.12 « Ben je voulais quand même essayer, voir ce que cela pouvait m'apporter, et elle m'a dit que si j'avais trop mal, il ne fallait pas continuer. Donc j'espérais que ce soit bénéfique pour mes douleurs, mais ça n'a pas été le cas. » « Mais ce n'était pas suffisant pour m'aider. »*

### 3.2.1.3 En lien avec la santé mentale

#### 3.2.1.3.1 Perte de moral, fatigue psychique

Une santé mentale précaire joue un rôle pour certains patients dans l'arrêt de l'APA. Effectivement, ils décrivent qu'une perte de moral les conduit à une difficulté à poursuivre l'activité physique adaptée. Un « trop plein nerveux » leur supprimerait l'envie de poursuivre une APA.

*P.13 « Ben non, parce que je travaillais, et puis c'était un travail qui était assez fatiguant nerveusement, donc je travaillais aux consultations externes à l'hôpital, et j'ai eu une surcharge de travail puis des problèmes relationnels avec des personnes... et donc tout ça s'est accumulé donc je n'avais pas la tête à bouger. C'était... comme j'avais beaucoup beaucoup de charges de travail, il était hors de question, en plus je conduisais, j'étais mal, donc je grossissais, je me jetais sur la nourriture, je rentrais du travail, je continuais de manger. Je n'avais pas l'envie de faire du sport. Ce n'était pas possible. »*

*P.8 « Des fois je ne suis pas trop en forme, j'ai un peu mal de partout, pas le moral, mais j'essaie de me forcer quand même. »*

#### 3.2.1.3.2 Pathologie psychiatrique invalidante

Une dépression peut aussi être à l'origine d'un arrêt d'APA.

*P.15 « voyez, parce que j'étais dans un état dépressif, mais j'ai continué à travailler, les enfants... Je ne me suis jamais arrêtée et je ne voyais pas que j'étais dépressive, mon médecin traitant ne le voyait pas non plus. Je disais docteur, je suis fatiguée, il me faut un remontant, des vitamines, je disais. Ce ne sont pas des vitamines qu'il me fallait mais un antidépresseur. Voilà. A 40 ans. » « Moi je pense que beaucoup d'obèses sont des gens dépressifs qui ne sont pas soignés. Moi j'ai été à des réunions d'obèses parce que je m'étais renseigné sur la chirurgie bariatrique et j'ai vu des femmes très fortes s'exprimer. » « On voyait qu'elles n'étaient pas bien, qu'elles avaient un fond dépressif, il y en avait même qui avaient les larmes aux yeux quand elles parlaient de leur corps. C'était triste. »*

### 3.2.1.4 En lien avec la santé physique

#### 3.2.1.4.1 Douleurs

Les douleurs physiques constituent pour de nombreux patients un frein à la poursuite d'APA. Ce thème est revenu assez fréquemment dans de nombreux entretiens. Malgré le caractère adapté de l'APA.

*P.2 « A l'heure actuelle, c'est par rapport à mes douleurs, ah je peux plus » « Non je vous dis-moi cette année ce qui me bloque c'est que j'ai beaucoup trop de douleurs sinon j'y serais retourné volontiers mais là je ne peux pas. »*

*P.12 « Je vous avoue que je recommence à peine à marcher. Ce n'est pas la peine pour moi... » « Ah non, ça accentue les douleurs ! » « Ah oui elles me bloquent la vie, pour tout, pour l'activité physique et le reste. J'aurais le temps, ce serait possible pour moi. Mais je fais les choses par étape et là je n'y arrive pas. »*

*P.14 « J'ai dû arrêter à cause des douleurs post opérations...c'est très long, j'ai des douleurs depuis l'été dernier et elles se prolongent encore, j'ai eu une prothèse de genou. Avec des douleurs qui reviennent régulièrement, je n'ai pas terminé...[soupir]. Après 8 mois, 8-ème mois après l'opération, ce n'est toujours pas fini...[tristesse] »*

*P.15 « Maintenant je suis limitée par mon poids et par mes articulations malheureusement. Hein mais si ça ne tenait qu'à moi, tous les jours j'irais marcher. J'ai essayé d'aller courir mais du coup avec mon surpoids, je me suis fait mal aux ménisques. Mais j'ai de l'énergie quand même, ce que je n'avais pas avant. »*

*P.8 « Des fois je ne suis pas trop en forme, j'ai un peu mal de partout, mais j'essaie de me forcer quand même. »*

*P.17 « Ben parce que j'ai une double hernie discale et du coup ça limite certaines activités. Ce sont les douleurs qui me freinent le plus. »*

#### 3.2.1.4.2 Limite physique par rapport au poids

Des limites physiques propres à chacun ont été évoquées. Elles étaient bien souvent relatives au surpoids avec sensation de handicap physique et psychique. Elles pouvaient aussi être liées aux conditions de pratique de l'activité physique adaptée (sensation de froid à la piscine).

*P.1 « Et le groupe de piscine j'en avais assez de certaines remarques : mais pourquoi t'as froid... t'as encore froid comme je vous l'ai expliqué ; quand on pèse 120 kg ou quand on en pèse 70 kg on n'a pas les mêmes réactions face au froid et aux ressentis voilà, fin brève, j'avais vraiment froid. »*

*P.6 « Mais c'est à cause du poids »*

*P.11 « Avant j'en faisais un peu, mais très peu, j'étais très essoufflée. Quand vous êtes obèse, c'est très difficile hein. » « Ben j'en faisais de la randonnée, mais de la petite randonnée. C'était 2/3 km dans l'après-midi mais je ne pouvais pas en faire plus, tout de suite mon cœur s'emballait. Je me sentais très limitée. Quand vous êtes obèse, vous êtes handicapé. »*

*P.15 « Ah oui c'est incroyable, mais je suis freiné par mon embonpoint, parce que je suis petite, je fais 155 cm et je fais quand même 85 kg, c'est énorme. Déjà si je descendais à 65 ce serait bien. » « Maintenant je suis limitée par mon poids et par mes articulations malheureusement. « Ce n'est pas pour me vanter mais je nage très bien les trois nages, et c'est très cardio quand on met les palmes, le lendemain je ne peux pas aller au sport parce que je suis fatiguée, mais je sais que c'est mon surpoids ça, qui me fatigue. Si j'avais 30kg de moins, bien évidemment, je serais moins fatiguée. »*

*P.5 « Après c'est vrai qu'avec le poids, on ne peut pas tout faire. C'est-à-dire qu'on m'a parlé d'activités de cross fit et tout. Enfin moi cela ne me semble pas réalisable. Voilà, parce qu'il y a quand même les articulations. Je sais que mon médecin m'a déconseillé, même, m'a interdit certains sports. Une fois je lui ai parlé de la zumba. Il m'a dit la zumba, tu oublies. Les à-coups sur les genoux, ce n'est pas pour toi. J'ai déjà eu une entorse du genou et des chevilles d'ailleurs. »*

*P.6 « Mais c'est à cause du poids »*

#### 3.2.1.4.3 Pathologies invalidantes/conséquences de maladies

Les patients décrivent également le fait que, parfois, certaines de leurs pathologies, prennent le dessus et deviennent très invalidantes, les empêchant de mener à bien leur vie comme ils le souhaitent.

*P.2 « C'est la maladie qui a pris le dessus, déjà l'année dernière je faisais le sport en salle. Je faisais l'aquagym et l'année dernière j'ai fait deux séances d'aquagym et là on venait de découvrir ma fibromyalgie, l'eau était trop froide, c'était douloureux donc j'avais arrêté l'aquagym. Mais je continuais le sport en salle tout en prévenant la personne qui nous faisait l'exercice qu'il y en a certains que je ne pouvais pas faire »*

*P.6 « Là j'ai arrêté parce que je me suis faite opérée mais là je vais reprendre. » « Oui c'est ça parce que j'ai beaucoup d'arthrose, les hanches, le bas du dos... »*

*P.8 « Et là mon chirurgien m'a dit que de la marche. » « Oui je l'ai vu il y a 15 jours et je lui ai demandé si je pouvais reprendre les activités. Il m'a dit pas question, uniquement de la marche, parce que je fais peut-être un rejet à la plaque qu'il m'a mis. Il m'a donné un traitement et si ça ne va pas, je vais repasser sur la table d'opération. Parce que j'ai encore mal et parfois je n'arrive pas à faire mes gaz et ça viendrait de là. »*

*P. 14 « J'y allais même deux/trois heures mais j'ai dû arrêter parce que j'ai eu une tendinite à l'épaule. »*

#### 3.2.1.4.4 Fatigue physique

La fatigue comme ressenti physique est également un facteur limitant. Cette fatigue est décrite comme liée aux activités physiques de la vie quotidienne ou au sport.

*P.1 « La fatigue me limite »*

*P.15 « Moi c'est la fatigue, par exemple, cette année je m'entraîne 2 fois par semaine, en natation, on fait crawl, le dos crawlé, je nage très bien...le lendemain je ne peux pas aller au sport parce que je suis fatiguée, mais je sais que c'est mon surpoids ça, qui me fatigue. Si j'avais 30kg de moins, bien évidemment, je serais moins fatiguée. »*

*P.7 « Donc c'est vrai que pour moi c'est très dur, quand je fais monter/ descendre du camion, monter/ descendre du camion pendant vingt ou trente fois. Croyez-moi que voilà quoi... »*

#### 3.2.1.4.5 Peur de se blesser

La peur de se blesser est une idée revenue à deux reprises, chez une patiente qui s'était effectivement blessée une fois et chez une autre qui en était effrayée par peur d'être encore plus handicapée.

*P.1 « Et puis quand même je me suis cassée un petit doigt de pied au groupe du jeudi donc après je faisais très attention dans les salles, au bord du tatami enfin bon, ça m'a un peu traumatisé quand même. »*

*P.5 « C'est vrai que ça c'est important, parce que déjà on a trop de poids, si on se blesse en faisant du sport... Ça donne encore moins envie d'en faire, et ça handicape en plus. »*

#### 3.2.1.5 Freins environnementaux

##### 3.2.1.5.1 Infrastructures non adaptées

Des difficultés pour se rendre dans les lieux de pratiques de l'AP avec notamment l'absence d'aménagement des zones urbaines sont un frein à la poursuite de l'AP. En effet l'absence de voie piétonnes, de pistes cyclables, n'encourage et ne facilite pas la pratique d'AP. Des locaux inadaptés peuvent également être un frein à la poursuite d'AP (manque de climatisation, chauffage, vétusté des installations...)

*P.5 « En fait je travaille dans la zone industrielle de la Garde donc déjà, le cheminement piéton, il n'y en a quasiment pas. C'est très dangereux de se déplacer à pied dans la zone. C'est quelque chose qu'ils sont en train d'étudier. » « Et c'était une salle en plus...c'était un gymnase à la Valette, pas chauffé, donc l'hiver il faisait un froid impossible et l'été c'était très très chaud. »*

*P.7 « Puis si après fallait que je reprenne le bus pour aller... c'était ça les horaires... des fois fallait que je prenne 2 bus, juste pour aller à la salle, c'était un peu contraignant »*

##### 3.2.1.5.2 Frein par rapport au lieu : sentiment d'insécurité

Une patiente a décrit un sentiment un sentiment d'insécurité suivant le lieu où elle devait se garer pour aller pratiquer son APA.

*P.4 « oui si on t'abime la voiture, qu'est ce qui va se passer, fais attention à ton sac »*

##### 3.2.1.5.3 Manifestations sociales

Des mouvements sociaux ou phénomènes de société sont aussi décrits par une patiente comme un frein.

*P.3 « A minima, sur les derniers temps, il y avait en plus beaucoup de stress qui se sur ajouté ou effectivement avec les histoires des gilets jaunes, il fallait partir très tôt le matin puis on rentrait comme on pouvait le soir, je vous avoue que la chienne faisait le tour du pâté de maison et puis c'est tout. »*

### 3.2.1.6 Freins liés à l'organisation

#### 3.2.1.6.1 Contraintes horaires

Les contraintes d'horaires avec des difficultés d'adaptation de leur emploi du temps avec les horaires proposés par l'association sont un des freins à la poursuite de l'APA. Le travail était problématique, le fait que les horaires ne conviennent pas à d'autres membres de la famille, le fait qu'il y ait des pauses pendant les vacances, le fait que ce soient des horaires fixes, plutôt tôt dans la journée. Difficile de convenir à tout le monde !

*P.4 « La seule différence c'est que ça se passait à midi et que mon compagnon, faut manger à midi, donc à force de l'entendre rouspéter, j'ai arrêté. »*

*P.5 « Donc après quand j'ai fait l'APA sport, les cours de sport, au mieux, ils étaient à 17h, ce qui est trop tôt. Mais après je comprends que ce soit une association, qu'ils n'arrivent pas forcément à trouver des salles de libre et des personnes qui peuvent animer les cours. Quand on travaille c'est compliqué. Voilà » « Donc avec le travail... Je ne peux pas me permettre de poser une demi-journée de repos pour un cours de sport qui en plus pourrait être annulé. Donc c'est compliqué. Les seules salles où il y avait un peu le soir, en fait, c'était la Valette, et c'était Toulon Sainte Musse à la maison des services. »*

*P.6 « Mais seulement c'était la distance aussi, tout se fait à l'hôpital, et le samedi, il y a des réunions, et moi le samedi j'ai toute la famille à la maison donc... » « ce qui avait été embêtant l'année dernière c'est qu'ils avaient diminué la fréquence, au lieu d'être deux fois par semaine c'était une, le centre était aussi fermé pendant les vacances scolaires tandis que le club où je vais maintenant c'est tout le temps. »*

*P.7 « Puis si après fallait que je reprenne le bus pour aller... c'était ça les horaires... des fois fallait que je prenne 2 bus, juste pour aller à la salle, c'était un peu contraignant »*

*P.9 « Le seul truc qui avait c'est que comme c'était à plage horaires fixes, ça m'a un peu démotivé. Au bout de quelques mois je me suis dit c'est bon j'ai compris, je vais faire du sport. Moi les plages horaires fixes ça ne me convenait pas. » « C'est que les horaires ne me convenaient pas forcément » « Le fait de bloquer des plages horaires systématiques... il aurait mieux valu qu'ils mettent en place une participation sur des salles de sport, où on pouvait aller éventuellement, tout le temps, à l'heure qu'on veut, le matin, le soir jusqu'à 11h, mais la bloquer deux heures. Ça ne me convenait pas comme système. »*

#### 3.2.1.6.2 Insatisfaction du dispositif proposé

Certains patients n'ont pas été complètement satisfait du dispositif qu'on leur

proposait. Ils ont regretté le manque de stabilité des emplois du temps, le manque d'encadrement pour certaines activités, la trop grosse affluence sur certains créneaux horaires, le nombre trop faible d'encadrants.

*P.1 « Des fois ils annulaient les jeunes, les petits jeunes de la Valette » « Les emplois du temps n'étaient pas stables, les stagiaires n'étaient pas là. Ils annulaient au dernier moment, ça ne faisait pas très sérieux quoi, que parfois le jeu n'en valait pas la chandelle alors » « Parce qu'il y avait des gens encore obèses...comme je l'ai été avant ! Qui ... je comprenais comme j'étais dans cette situation auparavant...qui ne pouvait pas faire plus... hein je veux dire j'étais conscient de cela. Qu'il fallait adapter. Mais le problème c'était qu'on faisait tout le même exercice. Donc il était difficile pour certains... physiquement je parle, pas dans le fait, plus difficile à exécuter que moi qui avait perdu beaucoup de poids, qui pour moi était très léger. » « Oui à peu près, il y avait beaucoup de monde... il y avait des choses que j'aurais aimé, être accompagné sur le ballon par exemple. Il y avait des choses que je ne pouvais déjà plus faire, comme me mettre accroupi. Je faisais surtout du vélo et puis du travail de jambes. » « Oui par rapport à certaines de mes limitations, ça aurait pu être mieux. Changer un peu plus d'appareillage, il faut demander les réglages ... il y avait un personnel qui était un peu restreint disons. Pour bien s'occuper de chacun. »*

*P.15 « Et ben les coachs, ils étaient 2, ben qu'ils soient plus derrière nous. Après ils sont compétents mais ils n'étaient pas assez derrière nous. Après on était nombreux. Voila. Par exemple, dire la « là vous allez faire 15 minutes de vélo » puis après vous allez faire 10 minutes de ça... ben après on nous laissait et il fallait nous débrouiller. » « Moi j'ai besoin qu'on me pousse »*

*P.5 « Et en fait la jeune femme annulait très souvent les séances, et elle annulait mais des fois une heure ou deux avants. C'est-à-dire que je m'étais préparée, la veille j'avais un peu plus travaillé, pour pouvoir me dégager du temps, j'avais mon sac de sport avec mes affaires de gym ; pour qu'au final, deux heures avant on me dise, je suis malade. »*

*P.8 « Le programme était bien, le seul problème qu'il y a, c'est qu'à la salle Delfino, il y a trop de monde. Par exemple, vous attendez pour faire du vélo, des fois ¾ d'heure, parfois autant pour faire du rameur. Il y a trop de personnes. » « Oh oui, la seule chose, je vous dis c'est qu'à la salle Delfino, il y a trop de monde, il faudrait faire le lundi : il y a tant de personnes, le mardi, tant de personnes, que ce soit plus cadré. Parce que les deux profs, ils ne peuvent pas s'occuper de tout le monde. »*

### 3.2.1.6.3 Caractéristiques des encadrants

Certains patients ont décrit que suivant les encadrants présents, ils ont décidé de ne plus venir car ils n'avaient pas la même affinité avec tous. Un patient fait remarquer qu'il fait également parti d'une autre association ou les médecins sont là aussi pour encadrer, que les patients sont plus nombreux et se sentent plus en sécurité quand il y a aussi les médecins.

*P.2 « Ça se passait très bien, le prof, vraiment il était assidu. La deuxième année, ben j'ai déménagé, je suis venue à Toulon ouest, c'était à la Beaucaire. C'était une petite*

*jeune qui venait de Marseille ou c'était bien aussi, la seule chose c'est qu'elle n'était pas assez dynamique pour moi. (Rires) Elle était encore réservée tout ça mais on avait quand même réussi vers la fin à avoir quelque chose d'un peu plus énergique. Et la troisième année on a eu quelqu'un ben qui était de mon âge, un peu spécial, qui nous faisait des exercices mais bon qui n'était pas assidu dans le travail, ça ne me convenait plus » « Oui c'est très important parce qu'ils sont à notre écoute, ils comprennent nos douleurs. Du moins les deux premiers que j'ai eus, ils ont compris la douleur. Le troisième un peu moins, il était un peu dans un délire un peu spécial. C'est vrai que dans l'ensemble, ils étaient à notre écoute ».*

*P3 : « Avoir quelqu'un de régulier, moi je dépends de la Beaucaire et au niveau de la Beaucaire, la petite jeune venait, elle essayait de venir au maximum mais il y a des fois elle ne pouvait pas et ce que j'ai reproché la deuxième année c'est qu'il venait de temps en temps. » « L'assiduité, ça s'est quand même important, on s'engage, on essaie de faire quelque chose, et si en contre parti on n'a pas la personne en face qui est tout le temps-là, à venir, ce n'est pas motivant donc il y a eu ça. »*

*P.8 « Il y a des patients un peu plus lourds et j'ai remarqué, qu'il y a beaucoup de patients qui sont plus confiants quand il y a le docteur à côté. Il y a des sorties ou on est moins encadrés par les médecins et là il y a moins de monde. »*

#### 3.2.1.6.4 Distance des infrastructures

La distance des infrastructures est aussi un frein décrit par plusieurs patients.

*P.14 « Non je n'en ai pas rediscuté, j'avais des séances de kiné, qui était très bien mais trop loin, à la Seyne avec la piscine. Et puis elle m'a un peu éliminé parce qu'elle sentait que j'étais trop fatiguée pour venir. Ça me faisait une heure de route aller/retour quoi. Après je n'ai pas repris. » « Comme la piscine, c'est trop loin maintenant pour moi, enfin il faut que je sois bien en forme. J'y suis retournée une fois à la piscine. Alors que c'était très bien la piscine. Je suis sur Saint Mandrier donc c'est à 9km la piscine. »*

*P.6 « Mais seulement c'était la distance aussi, tout se fait à l'hôpital, et le samedi, il y a des réunions, et moi le samedi j'ai toute la famille à la maison donc... »*

*P.7 « Et ben en fait, si ça avait été dans une salle au Pradet, j'aurais continué, parce que là ça me faisait, même si ce n'est pas très loin, ça me faisait quand même, entre le moment où j'attendais le bus et le moment où je rentrais, je n'étais pas rentré chez moi avant 8h le soir et c'est ça qui m'embêtait. Des fois je rentrais à pied, plutôt que de prendre le bus pour essayer d'aller plus vite, mais la nuit, ce n'était pas agréable. »*

#### 3.2.1.6.5 Formalités administratives

Une patiente a mentionné le fait que les formalités administratives ont fini de la décourager, s'étant inscrite en fin d'année, il lui fallait tout refaire pour pouvoir prétendre à une réinscription.

*P.17 « Et puis il fallait se réinscrire alors que je venais de m'y inscrire au mois de juin. Moi quand j'avais demandé si je pouvais éviter de repasser par toutes les étapes de réinscriptions, de contrôles médicaux. Au départ c'était non puis après c'était oui. Au final ça c'est ... [réfléchi]. J'ai trouvé cela très intéressant et ça s'est délité pour des*

*questions administratives on va dire » « Oui oui, c'étaient vraiment plus les problèmes administratifs qui m'ont découragé. » « Des formalités administratives plus simples... oui et puis une chose dans l'autre, je ne sais pas trop pourquoi j'ai arrêté, pour des raisons de travaux ou activités autres, c'est vrai que du coup ça s'est dilué... [réfléchi]. Enfin je ne sais pas trop comment dire. »*

#### 3.2.1.6.6 Activités proposées trop simples, pas assez physiques

Plusieurs patients ont mentionné le fait qu'ils trouvaient que les activités proposées étaient trop simples pour eux, répétitives, pas assez physiques et intenses, qu'ils s'ennuyaient, qu'ils étaient peut-être trop sportifs pour ce qu'on leur proposait.

*P.15 « Donc ce qui fait que... [réfléchi] moi je pense que ce que propose l'association APAS c'est pour des gens moins sportifs. Pour des gens qui n'ont pas trop l'habitude. Moi je pense être assez active dans le sport, parce que ça fait 3 fois 2 heures et demie de marche nordique par semaine, plus 2 heures de natation par semaine, plus une heure de yoga, je fais aussi du yoga. »*

*P.10 « Je ne me sentais pas à l'aise, il n'y avait que des femmes et puis c'était assez léger, ce n'est pas quelque chose...qui faisait transpirer ni rien... » « Je pense oui... [réfléchi]. Je ne sais pas ce que je cherchais réellement mais en tout cas je m'ennuyais »*

*P.1 « Parce qu'il y avait des gens encore obèses...comme je l'ai été avant ! Qui ... je comprenais comme j'étais dans cette situation auparavant...qui ne pouvait pas faire plus... hein je veux dire j'étais conscient de cela. Qu'il fallait adapter. Mais le problème c'était qu'on faisait tous le même exercice. Donc il était difficile pour certains... physiquement je parle, plus difficile à exécuter que moi qui avait perdu beaucoup de poids, qui pour moi était très léger. »*

Il nous paraissait impossible de rechercher les freins à la poursuite de l'activité physique adaptée sans mentionner les motivations initiales des patients les ayant poussés à prendre part à ce programme. Les freins sont multiples mais les motivations le sont également. L'entretien motivationnel auquel pourrait se prêter le médecin généraliste traitant de ces patients devrait se faire en jonglant savamment entre ceux-ci afin de renforcer leur détermination et tendre vers l'accomplissement.

### 3.2.2 Motivations des patients à la poursuite d'une activité physique adaptée

De la même façon que les freins ont pu être classés en différents thèmes, les motivations des patients se caractérisent sur différents plans : un versant collectif et social ainsi qu'un versant plus individuel dépendant des caractéristiques personnelles propres à chaque patient. Les motivations sont étroitement liées à la santé mentale et physique et font intervenir la notion de plaisir. L'organisation de l'association MAATIS APA sport joue également un rôle dans le maintien de la motivation.

### 3.2.2.1 Aspects collectifs et sociaux

#### 3.2.2.1.1 Coût

Les patients précisent à plusieurs reprises que le faible coût de l'association MAATIS APA sport a été une de leur motivation pour s'inscrire, et parallèlement l'augmentation des prix les a freinés pour une réinscription.

Une patiente précise que pour elle, payer un peu plus n'est pas un frein car elle est plutôt à l'aise financièrement et soumet l'idée de faire des tarifs adaptés aux revenus.

*P1 « On ne payait que 25 euros par an, ce n'était pas cher. »*

*P 16 « Parce que d'une, à la salle ou j'allais je payais dans les 50 euros au mois. Et là on payait une quinzaine d'euros pour l'année. J'ai quitté ma salle pour aller à cette salle là, que je connaissais d'ailleurs. J'y suis allée parce que c'était moins cher et parce que j'avais fait le stage du diabète à Sainte Musse. Et puis il y avait des copains diabétiques qui allaient à cette salle-là. »*

*P.5 « Moi jusque-là j'étais à l'aise financièrement. Bon là je suis en cours de séparation mais si on m'avait demandé de mettre ne serait-ce que 10 euros tous les mois, ça ne m'aurait pas gêné. Donc peut être de faire un système de cotisation en fonction des revenus. Parce que bien sûr il y a des gens dans des situations un peu précaire qui ne peuvent pas se payer des séances de sport. Mais ça pourrait être un moyen de leur faire rentrer de l'argent et de pas devoir attendre tout le temps après la CPAM ou d'autres organismes qui financent. »*

*P.8 « Ce n'est pas trop élevé, après c'est une question d'habitude, moi ça ne me gêne pas, je suis à la retraite. La plupart des personnes ils sont à la retraite. »*

#### 3.2.2.1.2 Effet de groupe : augmente la motivation

On retrouve à plusieurs reprises dans le discours des patients, une aide à la motivation par le phénomène de groupe. Un des patients a débuté parce qu'il y avait son frère et des amis diabétiques qui étaient inscrits. Une des patientes a poursuivi plus longtemps car elle s'était fait une amie qu'elle devait récupérer pour se rendre ensemble aux activités d'APA (et a arrêté sitôt que cette amie a arrêté). Une des patientes m'explique qu'elle s'est mise à faire des AP en supplément de celles proposées par l'association avec des personnes rencontrées par l'intermédiaire de l'association. Le fait de pouvoir échanger et se motiver mutuellement est un des facteurs positifs motivant la poursuite d'APA.

*P.16 « Et puis il y avait des copains diabétiques qui allaient à cette salle-là. » « Donc en plus il y avait mon frère qui y allait. »*

*P.4 « Parce que quand j'allais avec l'association là, à la Beaucaire, j'allais chercher quelqu'un qui habite un peu plus haut que l'hôpital, donc ça fait que ça me motivait,*

*vous comprenez, j'allais la prendre, bon si elle n'était pas là, elle n'était pas là, mais moi j'étais sortie de chez moi. Le jour où je ne suis plus allée la prendre, ça ne m'a plus motivé. »*

*P.5 « Mais c'est vrai qu'après le programme de la semaine, je me suis un peu liée d'amitié avec une personne et on essayait un peu tous les week-ends d'aller marcher » « Donc et aussi voilà, pouvoir échanger avec des personnes, ben qui ont le même problème. Parce qu'au final en fait, quand on a un problème de poids, on se sent souvent assez seul. Soit parce que dans la famille, il n'y a pas de personnes en difficultés, soit parce que les amis ne sont pas en difficultés, et au final on est donc un peu seul. Donc rencontrer des gens avec qui on peut échanger. » « Parce ce que, ce qui était bien aussi dans ce programme, dans le programme de sport, il y avait des gens qui étaient opérés de l'estomac et qui faisaient du sport pour s'entraîner et donc c'est vrai que ça boostait un peu parce qu'eux ils avaient, ils ont plus d'énergie quoi, donc c'est vrai que ça tirait un peu vers le haut. Alors qu'après voilà, la deuxième année, c'était un peu tout le monde faisait la même chose. Ce n'était pas pareil, il y avait cet effet de motivation qui était moins là. »*

### 3.2.2.1.3 Cohésion.

Plusieurs patients décrivent un ressenti de cohésion les ayant motivés à poursuivre l'APA. Le fait de faire des activités ludiques en groupe est aussi un facteur de motivation, permettant de créer du lien. Une bonne ambiance était également décrite comme facteur motivant.

*P.1 « Le fait d'être en groupe a un effet bénéfique » « ils organisaient des jeux, de ballons prisonniers, et c'était agréable de jouer en groupe « c'est créer des liens parce que c'est important déjà quand on n'a pas la même pathologie, ben déjà ça n'aide pas à se comprendre, à se rejoindre » « une fois par mois, tous les gens qui ont suivi tel programme, se rejoindre et faire par exemple des jeux thérapeutiques quoi, des jeux ou on court, des jeux, parce que c'est vrai que quand on est, par exemple, le ballon prisonnier c'est basique mais on court quand même. C'est vrai que du coup ça fait cohésion parce qu'on a tous des brassards jaune, rouges et ça fait cohésion et ça peut créer des liens, qui auront peut-être plus de mal à se créer »*

*P.2 « J'ai eu 3 professeurs différents dans deux lieux différents. Au départ j'ai commencé à la Crau, c'était très bien, on était une bonne équipe. On était des fidèles tout ça. Ça se passait très bien, le prof, vraiment il était assidu. » « Pas spécialement à domicile, en dehors de la maison, avec d'autres personnes ça nous motive, seuls je ne vois pas trop l'intérêt »*

*P.3 « Donc on a tous nos contraintes qui font qu'on se tire les uns les autres mais il n'y a pas de jugements, pas de show off, pas de choses comme ça et il y a vraiment une adaptation. Voilà, à chacun, qu'on n'aurait pas dans une salle de sport traditionnelle, indiscutablement. » « Il y a cet aspect entraînement, plaisanterie, des bons moments passés ensemble qui jouent un rôle plus que seul. Sinon on aurait tous un vélo d'appartement et on en ferait. Ça se saurait. »*

*P.4 « Parce que là ça me plaisait, j'avais l'impression de ne pas faire d'effort, il y avait une bonne ambiance, donc ça, ça m'a beaucoup plus. Là ce n'était pas un supplice,*

*c'était du plaisir. » « Il en aurait fallu beaucoup pour moi...que je fasse partie d'une bande qui m'entraîne... »*

*P.7 « Ben déjà pour me bouger, me sortir, voir du monde, rencontrer des gens qui était dans le même cas que moi » « Pas du tout, moi j'ai besoin qu'on me parle, j'ai besoin de voir la personne, j'ai besoin qu'on me motive »*

*P.8 « Non pas du tout, moi je veux voir du monde. »*

#### 3.2.2.1.4 Lieu de rencontre, échange, partage

Sur le plan social cela permet de rencontrer d'autres personnes, d'être un lieu d'échange et de partage, permettant pour beaucoup un renouveau de vie sociale chez des patients bien souvent isolés du fait de leurs pathologies.

*P.1 « C'était aussi pour rencontrer des gens, parce que j'aime beaucoup le groupe de parole que Mme Di Costanzo organise tous les mercredis une fois par mois »*

*P.2 « De rencontrer du monde »*

*P.7 « Ben déjà pour me bouger, me sortir, voir du monde, rencontrer des gens qui étaient dans le même cas que moi et puis parce que je savais que j'en avais besoin. »*

#### 3.2.2.1.5 Prise de conscience et relativisation

Une patiente décrit le fait que cette association lui a permis une prise de conscience par rapport à son état de santé, lui permettant également de relativiser en se comparant aux autres. Faire partie de l'association a également été pour elle une motivation à l'apprentissage de la gestion de ses douleurs en voyant d'autres personnes y parvenir.

*P.13 « Et au niveau mental ce serait encore bien pire. Quand ça ne va pas au niveau mental, c'est bien pire pour les douleurs. Donc là, j'ai vu... c'est ce qui a de bien avec ce type d'association, on se rend compte, qu'il y a des gens qui ont des douleurs et des problèmes de santé qui sont bien pires que les nôtres et qui se font violence et en se « faisant plaisir », entre guillemet, c'est comme quand on dit : c'est de la « bonne fatigue » là ce sont des bonnes douleurs. Parce qu'on sait qu'on se fait du bien, et on apprend à connaître son corps et à gérer ses douleurs. En apprenant à gérer toutes les parties de son corps, on s'en sert de mieux en mieux. »*

#### 3.2.2.1.6 Esprit ludique

L'esprit ludique était apprécié et vu comme une aide à la pratique régulière d'APA.

*P.6 « Ah c'était vraiment bien, c'était adapté, ludique, c'était encourageant parce que j'arrivais malgré mon handicap à faire les mouvements, et en plus c'était varié parce qu'il y avait du cardio, des étirements. C'était ludique en plus, c'était sous forme de jeux, c'était bien. »*

### 3.2.2.1.7 Lien avec l'éducation

Un patient décrit le fait qu'il est plus facile de poursuivre des AP lorsque notre éducation depuis l'enfance s'est basée là-dessus.

*P.9 « Oui toujours, je faisais du vélo, j'étais éduqué donc je bougeais. Je ne peux pas rester comme ça. D : « Dans votre enfance aussi ? » P.9 « Oui je vivais à la campagne, le capital enfant, c'était dehors en bougeant. »*

*P.8 « J'ai joué au ballon jusqu'à l'âge de 30 ans, et puis après j'ai arrêté. »*

### 3.2.2.1.8 Sentiment d'être en sécurité

Un patient décrit le fait que de s'être senti en sécurité était un plus pour la poursuite d'AP.

*P.4 « Très bien, ah très très bien, franchement impeccable, j'allais à la Beaucaire, en plus c'était en dessous du commissariat donc je n'avais rien à craindre. »*

### 3.2.2.1.9 Compléments d'autres activités

Un patient décrit que pour lui l'association d'APA était un complément à d'autres activités physiques.

*P.5 « C'est un complément j'allais à la musculation en plus. »*

### 3.2.2.2 Caractéristiques personnelles

#### 3.2.2.2.1 Adaptation à son niveau

La poursuite de l'AP était facilitée par son caractère adapté. En effet le fait de pouvoir aller à son rythme, de s'adapter à ses douleurs, d'évoluer progressivement était un facteur motivant à la pratique via l'association d'APA.

*P.13 « puis heureusement avec MAATIS j'ai pu me réadapter petit à petit. Bon après c'est vrai qu'au début ça me semblait même trop doux, mais bon c'est clair que c'était la seule chose que je pouvais faire, fort heureusement, ça m'a fait évoluer de plus en plus, de telle sorte que cette année j'ai pris le risque de faire un essai avec la Crau. »  
« Je l'ai refait petit à petit, très doucement, à mon rythme, et maintenant, je n'ai plus mal. Et je peux faire les torsions. »*

*P.4 « Ça ça me plairait par contre, parce qu'il y a plusieurs niveaux et chacun marche à son niveau. »*

*P.16 « Non pour moi ce n'est pas difficile parce que je le fais à mon niveau. Je fais tout à mon rythme, donc ça ne me fatigue pas. »*

#### 3.2.2.2.2 Ont transféré l'APA sur leurs activités quotidiennes.

Certains patients n'ayant pas poursuivi via l'association d'APA ont décrit le fait qu'ils ont poursuivi autrement via leurs activités de la vie quotidienne ou à travers leur travail.

L'arrêt de l'APA n'était pas pour eux synonyme de sédentarité, au contraire, ils ont poursuivi via d'autres AP.

*D : « Oui donc vous n'avez pas forcément le temps de faire du « sport » mais vous bougez quotidiennement, vous n'êtes pas sédentaire. » P.7 : « Exactement. »*

#### 3.2.2.2.3 Participation à une certaine hygiène de vie

La motivation d'un patient était le fait de garder une certaine hygiène de vie.

*P.12 « Ben j'aimais bien marcher, parce qu'il faut marcher, pour l'hygiène de vie. »*

#### 3.2.2.2.4 Ressenti comme un besoin

Le fait de faire de l'activité physique était pour certains ressenti comme un besoin physique avec une sensation de manque si arrêt de celle-ci.

*P.16 « Pour moi c'est un besoin de bouger. Si je ne bouge pas, je ne suis pas bien dans ma peau. » « Et puis mon organisme me demandait de faire du sport. » « C'est parce que j'en ai besoin. Je ne vais pas dire que c'est devenu une drogue, mais pas loin. Si je n'en fais pas, je ne suis pas bien. C'est pour cela que j'aime bien tout tenter. »*

#### 3.2.2.2.5 Moyen de prendre goût à faire des activités physiques

Pour un autre patient, le fait de s'inscrire à l'association MAATIS APA sport était le biais par lequel il souhaitait essayer de prendre goût à faire des activités physiques, un moyen de débiter et de changer de comportement.

*P.17 « Ben déjà de prendre goût à faire des activités sportives, ce qui avait commencé à se faire. Mais comme j'ai commencé en fin d'année et qu'après la reprise tardait un peu. En fait, ma motivation, ça s'est diluée. »*

#### 3.2.2.2.6 Curiosité : débiter quelque chose de nouveau

Un patient décrit le fait qu'il s'est inscrit par curiosité, qu'il n'avait pas grand-chose à perdre à essayer et même plutôt à y gagner d'après ce qu'on lui avait expliqué (même s'il restait un peu septique). Le fait d'avoir participer au programme d'éducation thérapeutique a été le début de son parcours de changement pour sa santé.

*P.9 « Ben d'abord, il ne faut pas mourir idiot. Moi ce genre de trucs, je n'y crois pas particulièrement. Vu les notions théoriques qu'ils nous ont quand même sorti et l'approche, c'était intéressant. Il n'y a rien à perdre à aller voir ce qui se passe. Ça c'était rattaché à une journée à la fac ou il y avait tout un tas d'intervenants, il y avait une artiste qui est venue. Il y avait des cardiologues qui avaient expliqué la possibilité de pouvoir réduire le côté médicamenteux des choses pour le diabète. Ce que je trouvais particulièrement intéressant. »*

### 3.2.2.2.7 Goût de l'effort

Un autre patient décrit que sa motivation à lui réside dans le goût de l'effort, présent dans sa personnalité.

*P.11 « mais le sport, ça a toujours été le goût de l'effort. J'aime bien faire des efforts physiques. »*

### 3.2.2.3 En lien avec la santé mentale

#### 3.2.2.3.1 Besoin social.

Pour plusieurs patients, on retrouve énoncé un réel manque et besoin social qui a été comblé via l'association d'APA. Ce manque était une conséquence d'une pathologie, de l'âge, des événements de vie.

*P.13 « Ce qui s'est passé c'est que j'ai fait un burn out en août, il y a 5 ans et ça s'est répercuté sur mon dos, et de ce fait là j'ai pris beaucoup de poids, et quand je suis allée voir le Dr D, j'ai forcément parlé de mon état. Et elle m'a dit : « vous savez, ce serez pas mal de voir avec mon association MAATIS parce que le sport, ça pourrait vous aider déjà à reprendre, ne serait-ce que des contacts avec des gens... » « parce que moi, je ne voyais plus personne. » « Donc là ça m'a permis d'avoir des contacts sociaux, donc des... [réfléchit] ça m'a permis d'avoir à nouveau une vie sociale »*

*P.14 « Puis d'autre part pour le versant social aussi, quand on partage des sports, on rencontre des gens. Voilà c'est un peu tous les intérêts pour moi. » « Enfin je crois qu'il y a un gros vide par rapport à la solitude des gens. » « C'est un problème qui va devenir très important. On vit plus longtemps, on est mieux soigné, on est mieux protégé mais on nous laisse seul, je ne sais pas si c'est un progrès ça. Ce qui est le plus difficile c'est le manque de personnes autour de moi, le social. Et je ne fais plus beaucoup d'efforts pour aller rejoindre un club de carte parce j'ai eu des problèmes de santé qui me fatiguent. Donc c'est un cercle vicieux malheureusement. »*

*P.7 « Ben déjà pour me bouger, me sortir, voir du monde, rencontrer des gens qui était dans le même cas que moi et puis parce que je savais que j'en avais besoin. »*

*P.8 « Non pas du tout, moi je veux voir du monde. »*

#### 3.2.2.3.2 Nouveau départ

L'inscription à l'association d'APA est même décrite par certains patients comme un nouveau départ, le début d'une nouvelle vie. On ressent vraiment le tournant que leur vie a pris et le rôle critique qu'a pu jouer l'association. Certains vont jusqu'à dire que cela a changé leur vie, ce qui n'est pas anodin.

*P.13 « Si je continuais comme cela à l'époque... je crois que je serais de l'autre côté. J'étais très dépressive à l'époque, à force de ne pas bouger. Là le fait de bouger, de me rendre compte que j'étais capable de faire quelque chose de mon corps, ça m'a...et puis de pouvoir revoir des gens tout ça... ça m'a redonné goût à la vie [émotion]. »*

*P.3 « Mais pour moi c'était un nouveau départ, le fait de ne pas avoir tout ce poids à trainer sur soi, vous bougez davantage. Vous bougez plus facilement et après vous avez envie de modifier vos thèmes de vie. »*

*P.7 « Oui j'ai redonné du sens à ma vie. J'étais toute seule, j'étais séparé depuis 10 ans. » « Ça m'a pris du temps mais je l'ai fait. La vie ce n'est pas un long fleuve tranquille. »*

*P.8 « Oui ça a changé ma vie. Ça a changé ma vie par rapport au décès de ma femme. »*

#### 3.2.2.3.3 Amélioration du moral

Plusieurs mentionnent un effet bénéfique de l'APA sur leur moral, avec une amélioration de celui-ci. Cela passant à la fois par une amélioration des douleurs, par une rupture avec l'état antérieur, par la création de nouveaux liens sociaux.

*P.8 « Oui ça m'a remonté le moral et pas mal de trucs... »*

*P.12 « Oui un peu, mais je continuais à voir la psychologue, j'ai fait la sophrologie aussi. Si jamais mes douleurs diminuaient je pourrais reprendre ... »*

*P.9 « Sur tout, sur le moral, sur la santé, sur le cœur...Tout... »*

#### 3.2.2.3.4 Diminution anxiété

Une patiente décrit également un effet bénéfique sur la diminution de son anxiété.

*P.4 « Oui, oui, ça me soulageait au niveau de l'anxiété, bon après je vis avec un homme angoissé aussi, là je vois toujours Mme M., hein, ma psy, je l'ai vu hier, parce qu'il y a des fois où il me transmet son anxiété. »*

#### 3.2.2.3.5 Engagement moral

Pour plusieurs patients, s'engager dans une association d'activité physique adaptée, constitue une forme d'engagement moral envers soi-même et envers les éducateurs sportifs. Le fait de ressentir cela les poussait à poursuivre l'APA. Un autre patient compare cela à son travail, qu'il considère comme une action obligatoire à réaliser pour une bonne marche de sa vie.

*P.2 « L'assiduité, ça c'est quand même important, on s'engage, on essaie de faire quelque chose, et si en contre parti on n'a pas la personne en face qui est tout le temps-là, à venir, ce n'est pas motivant donc il y a eu ça. »*

*P.5 « Il y a quand même un peu un climat de confiance qui s'installe avec le professeur et aussi ben de se dire il faut que j'y aille. Parce qu'en général, on était des groupes, au plus on était peut-être huit et des fois, on se retrouvait, on était 3, ben si on n'y va pas, si un tel n'y va pas non plus, ben le prof il va venir pour rien. D'un côté il y a une certaine responsabilité se dire, voilà je me suis engagée à y aller, il faut que j'y aille »*

*P.8 « Continuer, c'est pour, parce que je me répète toujours, je n'avais pas accepté la mort de ma femme. » « Donc les activités que je fais, c'est par rapport à elle, pour*

*continuer à avancer. » « Oui et puis l'activité physique, je me dis, J.P, c'est comme si tu devais travailler. »*

#### 3.2.2.3.6 Dépassement de soi, progression

Plusieurs patients décrivent comme facteurs de motivation le dépassement de soi, la progression au travers de la pratique prolongée d'APA. En effet certains patients font le constat objectif du fait qu'ils sont capables de réaliser des exercices qu'ils étaient incapables de réaliser auparavant. On constate donc une amélioration de leur confiance en eux, débouchant sur un cercle vertueux, avec augmentation de la motivation à poursuivre l'APA.

*P.13 « Je pensais vraiment que je ne pouvais plus rien faire moi, de toute façon. Je pensais que je ne pourrais plus jamais faire de sport. »*

*P.5 « Oui parce que maintenant, je suis capable de faire des randonnées ou il y a un peu de dénivelé. Et j'y arrive. Donc il y a cette satisfaction, d'arriver au fur et à mesure à faire des choses ou on n'y arrivait pas avant. » « Mais après c'était gratifiant de voir que l'on progressait. » « Puis il nous a fait faire un exercice, il fallait qu'on marche pendant... il nous a fait faire cela sur le parking de là où on était, avec des plots, et il fallait qu'on marche pendant un certain nombre de minutes, sans s'arrêter, au rythme maximum, sans être essoufflé. Et il l'avait fait au début et à la fin de l'année et c'est vrai que tout le monde avait progressé, avait fait plus de mètre. » « Même, ça pourrait même être une question de mental aussi. Je pense que j'essaie de pouvoir atteindre des objectifs qui n'était pas faisable avant, des choses comme ça, c'était intéressant. » « Donc comme quoi en fait, de faire du sport régulièrement, on arrive à se dépasser et à progresser. »*

*P.1 « C'est bon pour le dépassement de soi »*

#### 3.2.2.3.7 Corrélation santé physique/santé mentale

Une corrélation entre santé physique et santé mentale, et inversement, a été évoquée par certains patients. En effet un patient décrit que ses douleurs d'arthrose sont devenues insupportables quand il n'allait pas bien sur le plan psychologique, et un autre que ces problèmes de surpoids et difficultés à la pratique d'AP sont survenus suite à une dépression.

*P.13 « Parce bon l'arthrose, beaucoup de monde en a et vit parfaitement avec. Moi quand j'ai eu ce burn out, l'arthrose est devenue totalement ingérable, au moment où je suis sortie des antidépresseurs, parce que quand j'étais sous antidépresseurs je ne sentais plus rien. Quand je me suis réveillée, au bout de 2-3 mois, je me suis dit ben là ça va mieux, je vais pouvoir retravailler, ben c'est là que j'ai eu mon dos qui est reparti totalement en vrac. »*

*P.15 « C'est bénéfique, je sais que là, le surpoids me pèse, je n'ai pas toujours été en surpoids, c'est suite à un état dépressif qui a trainé et n'a pas été soigné. Parce que jusqu'à l'âge de 32 ans, je n'avais pas de problèmes de surpoids, ensuite j'ai fait une*

*dépression, latente, qui m'a fait manger. Parce que je me sentais fatiguée, j'ai toujours été active, je travaille avec de jeunes enfants. A mon travail, j'étais toujours debout, je n'étais jamais assise. »*

*P.1 « Bon ben j'ai plusieurs livres, le meilleur médicament c'est vous. On voit bien que la prise en charge, se prendre en charge, c'est vraiment important, arrêter de se trouver des excuses. » « En 2013, je me suis rendu compte que ma façon d'aimer les autres n'était pas bonne, que je donnais tout et même mon essentiel, donc j'ai demandé à ma psy qu'elle me fasse rentrer dans un programme d'hôpital de jour avec une psychomotricienne, pendant 3 ans, ça m'a aidé à comprendre certains mécanismes ». « Les gens doivent s'accepter avant tout et s'aimer pour pouvoir avoir envie de bouger, de faire quelque chose ».*

#### 3.2.2.3.8 Diminution compulsions alimentaires

Un des patients décrit des effets bénéfiques de l'AP sur ses compulsions alimentaires.

*P.1 « J'ai pris encore plus de poids et le médecin qui suivait mon fils m'a conseillé d'aller voir quelqu'un pour les troubles du comportement alimentaire. »*

#### 3.2.2.4 En lien avec la santé physique

##### 3.2.2.4.1 Perte poids

Pour beaucoup de patients, la motivation initiale à la pratique d'APA était une perte ou stabilisation pondérale. Et cela dans le but de retrouver une meilleure condition physique et être moins handicapé dans la vie de tous les jours.

*P.1 « Aussi pour me maintenir en forme et je commençais à reprendre du poids, parce que mon bypass s'essouffait et je voulais essayer de stabiliser, de maintenir un équilibre, il y a plusieurs raisons, il n'y en avait pas qu'une seule. » « La santé. »*

*P.4 « A la rigueur, ma santé, mais grave. D : « La santé c'est large, qu'est-ce que vraiment vous prenez en considération ? » P.4 « Là je suis en surpoids, parce que j'ai repris du poids par rapport à la sleeve, si je n'arrive plus à marcher, que je m'essouffle et voilà. Il faut vraiment que ce soit extrême. »*

*P.10 « C'est dans un but de perte de poids et de conscience, de faire quelque chose quoi ! »*

*P.11 « J'ai fait une sleeve et naturellement, vous ne maigrissez pas du jour au lendemain, donc pour aider à maigrir, j'ai fait du sport adapté. » « Pour une aide à la perte de poids puis reprendre l'activité physique et retrouver la condition physique que j'avais perdu avec le poids. »*

*P.14 « Après pour perdre du poids parce que je suis en surpoids, à la limite »*

*P.15 « Euh ... alors écoutez je crois que c'est par l'intermédiaire du Dr D. Je suis allée la voir pour des problèmes de poids parce que j'ai de l'hypertension et de l'apnée du sommeil également. Pour des conseils diététiques, j'ai bien 30 kilos de trop, médicalement parlant hein. Donc elle m'avait orienté vers l'association. » « Moi c'était*

*par rapport à mon obésité. Je voulais vraiment stabiliser mon poids. Je ne voulais pas que ça grimpe encore jusque 100 kilos. »*

*P.16 « Et le Dr D j'y suis allé par rapport au poids, parce que mon frère y était allé un peu avant moi. »*

*P.2 « Puis ben de compléter mon programme d'amincissement. »*

*P.5 « Donc c'est vrai que, c'est vrai que c'est quand même plutôt bénéfique, parce que je vois que ça m'apporte beaucoup de choses. Quand j'ai eu fait de l'activité avec APA sport, et que j'allais marcher tous les week-ends, j'avais perdu un peu de poids, et quand j'ai arrêté, ben progressivement, je l'ai repris. Donc c'est vrai que l'activité physique a un impact sur le poids et c'est indéniable. » « Ben il y avait au moins perdre du poids, remuscler. Donc oui c'était essentiellement cela ; essayer de perdre du poids, et de bouger. » « Pour moi c'était plus la perte de poids »*

*P.6 « Et avoir aussi une solution pour perdre du poids. »*

*P.7 « Parce que l'on ne peut pas amorcer un amaigrissement comme ça même si on ne mange plus. Voilà je voulais compléter ce que j'avais initié. Je voulais perdre du poids aussi, j'ai commencé les cours très rapidement. »*

*P.17 « C'est par rapport à ma surcharge pondérale : j'ai 30 kg à perdre. »*

*P.9 « Sur tout, sur le moral, sur la santé, sur le cœur...Tout... »*

#### 3.2.2.4.2 Nécessité pour être en bonne santé.

Les patients ont précisé à plusieurs reprises que la pratique d'une APA était nécessaire pour conserver une bonne santé. Ils mentionnent également le fait de « devoir faire quelque chose » et ne pas rester passif face à leur santé qui décline. Un patient mentionne aussi le fait que les gens de sa génération n'étaient pas assez au courant des bienfaits de l'AP sur la santé. Il constate également que les mentalités sont en train de changer actuellement. Il a pu voir physiquement le bénéfice que certains en ont tiré. Un autre patient mentionne le terme « équilibre » d'AP à obtenir pour être en bonne santé.

*P.10 « Non ... mais c'était bien au départ...[réfléchis] c'était bien... c'était assez motivant. Je n'en avais pas spécialement envie mais fallait le faire c'est tout. Par obligation... par obligation personnelle. Voyez... c'était plus une obligation. Je me disais, faut que je le fasse... tout ça... » « Non, non... je n'en attendais pas spécialement... je savais qu'il fallait que je le fasse pour ma santé... C'était la seule raison. » « C'est dans un but de perte de poids et de conscience, de faire quelque chose quoi ! » « Ma santé ne s'arrangeait pas donc il fallait à tout prix que je perde du poids rapidement. Au final c'est sur la santé oui complètement. »*

*P.11 « Avant c'était la santé, et maintenant c'est plus pour le plaisir... »*

*P.13 « Les dames que je côtoie au sport, elles sont très souples, peut-être qu'elles ont eu un travail qui leur permettait de faire du sport, je pense que de la génération de*

mon âge, il y en a pleins qui font 20 ans de plus, parce qu'ils n'ont pas eu connaissance de tout cela. Là nous on a même une dame qui a travaillé dans le milieu agricole pendant toute sa vie et qui s'est mis au sport assez tardivement, qui était toute recroquevillée au départ, et maintenant elle a une souplesse et elle peut se tenir droite ! donc c'est important !!! »

P.14 « Et ben c'est qu'on nous a incité, pour le diabète, c'est un équilibre très important de bouger, pour rester bien et ne pas prendre trop de médicaments non plus ». « Je dirais une nécessité, et puis maintenant comme je, voilà, ces derniers mois ou je n'ai pas pu pour des raisons professionnelles, bouger, j'ai vraiment senti que j'étais moins bien, que c'était nécessaire, que ça changeait vraiment les choses. » « Non la perte de poids je ne l'ai jamais associé au sport, par contre au raffermissement des chairs, au repositionnement du corps, et puis bon, la sensation qu'effectivement, en termes de santé, ça allait jouer. »

P.5 « Et puis, même quand je vais à la piscine, j'ai remarqué qu'après le soir, je dors bien. » « Parce que là vraiment depuis une petite année, je commence à sentir, malgré mon âge que le poids commence à avoir des effets. J'ai très souvent mal en bas du dos. J'ai quand même de temps en temps un peu mal aux genoux. Et je me dis j'ai que 31 ans et c'est vrai que... »

P.6 « Ah c'est vital, il faut bouger »

P.8 « Le bien-être, pour ma santé surtout, parce que quand j'ai fait mon infarctus en 2015, entre temps j'ai perdu ma femme, j'ai décollé de 35 kg. Je suis parti en barigoule et puis petit à petit, je me suis remis au sport. » « J'attendais...d'être en pleine forme physique... ».

#### 3.2.2.4.3 Pouvoir bouger, reconditionnement à l'effort.

L'activité physique adaptée a permis à de nombreux patients la possibilité de se remettre à « bouger » plus facilement. Un reconditionnement à l'effort était l'objectif de certains patients.

P.13 « C'est vrai que c'est grâce à l'association MAATIS qui m'a permis de me remettre en condition physique un peu meilleure, qui m'a remis dans le bain. Parce que là j'ai pris le risque... c'étaient mes copines qui m'ont dit que je pourrais certainement, et puis maintenant j'en fais tous les jours. » « Et puis de faire bouger mon corps quoi ! »

P.15 « Je sais que l'activité physique ça peut être faire le jardinage, faire le ménage, bouger quoi ! monter les escaliers ! »

P.2 « Ben c'était un moyen de pouvoir faire du sport »

P.5 « C'était de pouvoir faire du sport justement, parce qu'avant cela, quand on parlait de sport, je voyais les salles de sport lambda. »

P.7 « Et ça marcher, je l'ai toujours fait en plus des cours que l'on me proposait. »

#### 3.2.2.4.4 Diminuer les médicaments

La motivation de certains patients était de pouvoir diminuer les traitements contre le diabète. Un des patients a même pris cela tellement à cœur qu'il a décidé d'arrêter tous ses traitements de lui-même en voyant combien il était devenu actif...

*P.14 « Et ben c'est qu'on nous a incité, pour le diabète, c'est un équilibre très important de bouger, pour rester bien et ne pas prendre trop de médicaments non plus. »*

*P.8 « La Mme D elle m'a supprimé l'insuline. C'est que mon diabète je suis à 7,5 %. Et elle m'a dit qu'il faudrait que je sois vers 6-7 % »*

*P.9 « Il y avait des cardiologues qui avait expliqué la possibilité de pouvoir réduire le coté médicamenteux des choses pour le diabète. Ce que je trouvais particulièrement intéressant. Moi j'étais parti sur le : on fait du sport à outrance, on stoppe les médicaments. Ce qui m'avait valu, au bout d'un an, une super engueulade du Dr D parce qu'elle m'avait dit... Mon taux tous les matins, était entre 0,90 et 1,30 et ... et je me suis dit bon aller vogue la galère, laissons tomber. Puis en fait, l'analyse glyquée au bout d'un an était montée donc il a fallu que je reprenne les traitements. »*

#### 3.2.2.4.5 Eviter l'apparition de nouvelles pathologies

Pour certains la pratique d'activité physique était une action de prévention ayant pour but de limiter l'apparition de nouvelles pathologies.

*P.1 « La, quand l'urologue il m'a dit vous avez des fuites urinaires, « mais vous ne m'avez pas dit que vous avez repris 10 kilos peut être que ceci explique cela ? »...»*

*P.14 « C'est néfaste pour tout, pour la circulation, pour le cœur, pour le diabète... [rire]. »*

*P.8 « Alors le plus, le vélo, l'activité, ça c'était par mon cardiologue, Beltran. Après mon infarctus. Après j'ai fait 3 mois de rééducation à René Sabran. Et... il m'ont dit, il faut faire beaucoup d'activité, de la marche, du vélo...faire le régime, pendant le truc, c'est comme cela que j'ai commencé »*

#### 3.2.2.4.6 Diminution des douleurs

Une diminution des douleurs étaient attendue et identifiée comme élément motivateur à la poursuite d'APA.

*P.12 « Ben je voulais quand même essayer, voir ce que cela pouvait m'apporter, et elle m'a dit que si j'avais trop mal, il ne fallait pas continuer. Donc j'espérais que ce soit bénéfique pour mes douleurs, mais ça n'a pas été le cas. »*

*P.9 « En le faisant, ça enlève de la douleur, on est bien »*

#### 3.2.2.4.7 Stabiliser une pathologie

Et également stabiliser les pathologies déjà présentes.

*P.14 « Alors les arguments... [réfléchit] c'est déjà pour réguler le diabète. »*

*P.16 « Ben c'était pour équilibrer le diabète et puis l'avantage que j'avais moi, c'est que j'en ai toujours fait moi. »*

#### 3.2.2.4.8 Connaitre son corps

Pour une patiente, le bénéfice de l'APA a été l'apprentissage de la gestion de ses douleurs grâce à une meilleure connaissance de son corps, permis par l'aide des éducateurs sportifs formés à l'APA. Il décrit un bénéfice à long terme avec une meilleure utilisation de son corps.

*P.13 « D'abord là j'ai appris à gérer mes douleurs. J'ai appris à gérer mes douleurs toute seule [hésite]. C'est-à-dire non pas toute seule. Grâce à l'association, on me disait ce que je pouvais faire et ce que je ne pouvais pas faire. Et petit à petit, comme on avait tous, plus ou moins des problèmes différents de santé, chacun...il y avait pleins de gens qui disait : « moi j'ai mal partout », en faisant du sport, mais que s'ils n'en faisaient pas, ce serait pire. Et au niveau mental ce serait encore bien pire. Quand ça ne va pas au niveau mental, c'est bien pire pour les douleurs. Donc là, j'ai vu... c'est ce qui a de bien avec ce type d'association, on se rend compte, qu'il y a des gens qui ont des douleurs et des problèmes de santé qui sont bien pires que les nôtres et qui se font violence et en se « faisant plaisir », entre guillemet, c'est comme quand on dit : c'est de la « bonne fatigue » là ce sont des bonnes douleurs. Parce qu'on sait qu'on se fait du bien, et on apprend à connaître son corps et à gérer ses douleurs. En apprenant à gérer toutes les parties de son corps, on s'en sert de mieux en mieux. »*

#### 3.2.2.4.9 Dépendance

Un des patients décrivait comme motivation à la poursuite d'APA un moyen de lutter contre la dépendance future liée à l'âge.

*P.1 « C'est vrai qu'on a, c'est la santé, à nos âges, parce qu'obésité et vieillesse c'est dépendance, moi je connais une dame qui pleure parce qu'elle a le bras trop court pour s'essuyer le derrière tellement elle est obèse. »*

#### 3.2.2.4.10 Peur

Un autre mentionnait la peur comme levier de motivation, et l'attente d'être un peu « au pied du mur » pour être dans l'obligation de faire de l'AP par peur des problèmes qui pourraient lui arriver. Des angoisses de mort, la peur d'être encore plus malade peuvent être une source de motivation à la poursuite d'APA.

*P.10 « Je reconnais que si demain, on me dit : il faut faire ça sinon ... la peur de ...[balbutie] m'influencera, complètement à faire une activité sportive. »*

#### 3.2.2.5 Notion de plaisir

##### 3.2.2.5.1 Bien être

Le bien-être que procure l'AP était mentionné à plusieurs reprises par plusieurs patients. Un patient mentionne le fait qu'initialement il pratiquait des AP pour sa santé

mais qu'avec le temps et la pratique c'est désormais pour son plaisir. Un autre patient mentionne que pour lui c'est dommage et dommageable que les gens ne prennent pas le temps de faire de l'activité physique : « on passe à côté de notre vie je pense ». Un autre patient décrit le regain d'énergie qu'il ressent depuis la pratique régulière d'APA. C'est une manière de prendre soin de soi pour un autre patient. Un autre patient décrit que faire de l'activité physique de façon détournée, via un but culturel, peut être source de plaisir et de motivation.

*P.1 « Quand vous jouez, vous n'avez pas l'impression de faire du sport, quand je pense à ça, je vois la notion de plaisir, mais pas toujours. » « Et c'est vrai que j'aimais quand ils organisaient par exemple un groupe de marche, avec j'ai visité la mine du Pradet grâce à ça. Alors que je suis née à Toulon j'ai habité 30 ans à la Farlède et je ne suis jamais allée à la mine du Pradet. C'était quelque chose de culturelle en plus de l'activité physique, on ne se rend pas compte qu'on fait du sport quand on a la notion de plaisir. »*

*P.2 « Bah c'est un bien être pour moi, pour ma santé, c'est un plus pour moi, pour mon état général. » « Ah non non puis de toute manière, moi je cherche à en faire, au contraire j'apprécie. »*

*P.11 « [Rire] ben le gout de l'effort, que ça fait du bien. » « Avant c'était la santé, et maintenant c'est plus pour le plaisir... »*

*P.13 « Bien être !! globalement ... je vais vous dire, tous les jours, je fais deux heures de sport le matin. Je ne travaille pas hein, c'est pour ça, sauf le mercredi ou je ne fais qu'une heure, parce c'est du gainage et c'est plus intensif. » « Le bien-être physique et mentale, c'est un tout, c'est incroyablement bénéfique. Le fait que les gens ne prennent pas le temps de bouger parce qu'ils sont trop pris par leur travail, c'est dommage. On passe à côté de notre vie je pense. »*

*P.14 « Activité physique... Ben déplacement, musculation...bouger, respirer. C'est quelque chose de bénéfique mais je n'ai plus tellement de capacités »*

*P.15 « Et puis aussi le bien être, parce que pendant des années, je n'ai pas pu faire du sport, parce que j'avais une fatigue nerveuse importante. Du fait de la dépression. Et la comme c'est passé, je me sens beaucoup mieux. Je me sens une énergie que je n'avais pas à 35 ans, c'est quand même un truc de fou. »*

*P.4 « En fait je ne recherchais pas grand-chose, en sortant de Saint Musse, j'ai tellement trouvé qu'on était bien après avoir fait une activité sportive, que je voulais continuer »*

*P.5 « Et se sentir mieux. Même niveau souplesse, je ne suis pas très souple donc voilà c'est quelque chose ... et me sentir plus à l'aise dans mon corps aussi. »*

*P.6 « Euh... activité physique... bouger, c'est une détente, c'est penser à soi... »*

#### 3.2.2.5.2 Bonne ambiance

Le fait qu'il y ait une bonne ambiance au sein de l'association en a motivé plusieurs.

*P.16 « J'ai commencé à l'école en étant enfant, puis après on est tous parti au ballon, puis tous parti au rugby, il y avait de l'ambiance. »*

*P.4 « Parce que là ça me plaisait, j'avais l'impression de ne pas faire d'effort, il y avait une bonne ambiance, donc ça, ça m'a beaucoup plus. Là ce n'était pas un supplice, c'était du plaisir. »*

### 3.2.2.5.3 Pas de contraintes ni obligations

Un autre patient décrit le fait qu'il ne faut pas que l'activité physique proposé soit perçu comme quelque chose de contraignant pour continuer à pratiquer l'APA.

*P.3 « Alors moi il ne faut pas que ce soit une contrainte, par gout, je n'ai pas le gout de faire du sport mais par contre, j'ai effectivement pris conscience des bienfaits de la marche, de la gym douce et des choses comme ça. Il faut que ce ne soit pas quelque chose de contraignant. Moi je ne sais pas aller marcher pour aller marcher, faut que je me trouve un but, sortir mon chien... »*

### 3.2.2.6 Liés à l'organisation

#### 3.2.2.6.1 Adaptation, respect des douleurs

Les patients ont remarqué que les encadrants étaient formés en activités physiques adaptées et ont clairement ressenti la différence avec les associations classiques qu'ils avaient pu fréquenter jusque-là. Pour eux c'était un des avantages de cette association. Il ne se sentaient pas jugés et pouvait pratiquer avec leurs limites sans se sentir exclu. Cela leur permettait de progresser à leur rythme.

*P.12 « Oui oui mais ce n'était pas suffisant pour m'aider. Je faisais de la gym normale à l'époque et ce n'était pas du tout pareil. Là on sent que c'est vraiment adapté. »*

*P.13 « Bien évidemment je ne vais pas dans n'importe quel cours, ça c'est clair. Les coachs sont bien formés, et ils nous permettent justement de... [balbutie] selon les attentes, les douleurs qu'on a, on nous dit ce qu'on peut faire et ce qu'on ne peut pas faire. »*

*P.4 « Oui impeccable, en salle on vous laissait vous débrouiller, là c'était vraiment ciblé, toi tu fais plus de ça, toi tu as mal au dos donc tu fais moins de ça »*

*P.5 « Et puis il y avait des personnes qui savait... la plupart c'étaient des étudiants en STAPS, donc ils avaient quand même des notions de ... ce qu'on peut demander à une personne selon son physique. » « Des personnes qui avaient subis des opérations de l'estomac. Par exemple, qui ne pouvaient pas faire certains exercices. Et ils leur trouvaient... ils laissaient les autres faire l'exercice et ils lui trouvaient un exercice adapté. »*

*P.9 « Ah oui à moi, pas de soucis, d'abord j'y allais volontiers, moi quand j'y allais il fallait que je me défonce et puis je trouvais que c'était spécialement intéressant. Ils expliquaient bien les choses, ils faisaient bien attention. Bon après c'est moi... »*

### 3.2.2.6.2 Proximité affective des encadrants

La sympathie des entraîneurs sportif avait un rôle dans la poursuite de l'APA.

*P.9 « Les coachs étaient relativement compétents et assez proche des gens. »*

### 3.2.3 Rôle du médecin traitant d'après les patients

Nous nous sommes ensuite intéressés aux représentations du patient quant au rôle du médecin traitant dans la poursuite de la pratique d'activité physique adaptée. En effet, il est de coutume de penser que le médecin traitant est un des premiers acteurs de l'éducation thérapeutique du patient, notamment en prévention pour les conseils à la pratique d'activité physique, mais qu'en pensent les patients ? Pour certains, celui-ci a un rôle négatif, pour d'autre il est plutôt neutre, alors que pour certains il a un rôle très positif.

#### 3.2.3.1 Rôle négatif

##### 3.2.3.1.1 Manque de connaissance par le médecin généraliste

Pour beaucoup de patients, le médecin généraliste traitant n'est pas aidant dans le sens où il y a une méconnaissance de sa part des activités physiques adaptées proposées sur la région. Pour beaucoup, ce sont eux qui ont mis au courant les médecins de l'existence de cette association. Ils regrettent un défaut d'information et de communication là-dessus.

*P.13 « Ben c'est-à-dire que si je n'étais pas allé voir mon endocrinologue ben je serai passée à côté de beaucoup de choses. Et heureusement que je suis allée la voir ! Parce que si mon médecin traitant avait été au courant de cela...Lui il ne connaissait pas, ça c'est vrai que c'est dommage. »*

*P.5 « Ben c'est vrai qu'en sport adapté, il n'y a pas grand-chose. Jusque-là les médecins traitants...ça m'arrive d'avoir des soucis d'ordre digestif. Mon médecin il va me donner des traitements, mais il ne va pas s'intéresser à qu'est-ce que la cause ? »*

*P.6 « Il ne connaissait pas l'association d'ailleurs, c'est moi qui lui ai fait connaitre. J'y suis tombé dessus grâce à mon médecin du sport. »*

*P.9 « Déjà, l'activité physique, je trouve que c'est normal que le médecin le fasse. Parce que bon c'est normal. Maintenant le sport adapté, il n'y a pas beaucoup de médecins généralistes qui connaissent ce genre de trucs. Ou alors ils n'en parlent pas. Ça c'est sur l'ensemble des toubibs. »*

##### 3.2.3.1.2 Manque de soutien

Un des patients décrit que son médecin ne l'incite pas à faire des activités physiques et un autre décrit ressentir un manque de soutien de ce côté-là.

*P.10 « Ben déjà, il y a un moment que je ne suis pas allée la voir. Mais elle n'incite pas...non elle ne m'a pas incité. On le voit par la télé. Mais je reconnais qu'il faut en faire. Je pense que c'est la réalité des choses. Mais moi je le ressens plus par rapport à la télé ou ils en parlent... »*

*P.9 « Et justement, votre médecin traitant, là il était au courant, que vous faisiez cela ? Vous n'en avez pas discuté avec lui ? Ça aurait pu être l'intervenant ? « Mais si...mais ... si si ça aurait pu, ce sont des conseils, mais il n'y a pas assez... d'abord les toubibs, maintenant, ils n'en peuvent plus, parce qu'ils sont surchargés... au bout d'un moment ça l'est...je ne sais pas... je ne sais pas. C'est peut-être moi qui suis un peu à côté de mes pompes. »*

#### 3.2.3.1.3 Manque de temps

Quelques patients m'ont fait remarquer que leur médecin était déjà débordé et donc qu'il n'avait pas le temps de discuter de cela, chose qu'ils comprenaient.

*P.8 « Oui. Après je ne sais pas, c'est un médecin qui est très fort et donc il est débordé donc peut-être qu'il n'aurait pas le temps. »*

*P.9 « Mais si...mais ... si si ça aurait pu, ce sont des conseils, mais il n'y a pas assez... d'abord les toubibs, maintenant, ils n'en peuvent plus, parce qu'ils sont surchargés... »*

#### 3.2.3.1.4 Manque de spontanéité

Un patient regrette le manque de spontanéité de son médecin pour parler de ce type de sujet. Il regrette que ce soit toujours à lui d'amener le sujet au centre de la consultation. Il a également l'impression d'en parler plus facilement avec ses spécialistes. C'est à cause de ce manque de spontanéité, que les patients discutent difficilement de la poursuite d'APA avec leur médecin.

*P.13 « Euh... ben disons que c'est moi qui lui en parle. Moi le médecin traitant, disons que je le vois beaucoup moins que mes spécialistes. Par exemple le rhumatologue je le vois plus. Bon il m'a suivi dans le cadre de mon arrêt de travail... le rhumatologue lui par contre c'est un adepte du sport, pour l'arthrose ...tout ce qu'on veut il faut vraiment se bouger. On voit bien qu'ils sont tous en accord avec nous quand on a envie de se bouger. Mais ...ils n'en parlent pas forcément spontanément, à part quand on parle de problèmes de poids, là le médecin il aborde le problème de l'activité physique. Moi j'ai ma fille qui a toujours eu des problèmes de poids mais comme elle est jeune, elle maigrit facilement, elle n'a jamais été musclé parce qu'elle n'a jamais voulu faire de sport. Il a fallu attendre 31 ans, parce elle est vraiment contre le sport, et là elle se décide enfin maintenant, mais il a fallu attendre 31 ans, alors que sa mère lui a toujours dit que c'était bon. Mais bon il a fallu qu'elle se décide elle-même. »*

#### 3.2.3.1.5 Manque de crédibilité

Un patient décrit que son médecin est lui-même en surpoids et il trouve donc que son discours manque de crédibilité quand il vient à parler de poids et d'activité physique.

*P.5 « Oui, lui-même est en surpoids donc après c'est aussi... ça génère un peu un manque de crédibilité. »*

#### 3.2.3.1.6 Manque d'intérêt

Plusieurs patients décrivent également un manque d'intérêt de leur médecin sur ces thèmes.

*P.12 « Non il ne le fait pas en ce moment. »*

*P.4 « Non à l'époque je n'avais pas celui-là, donc j'en avais un autre, je pense que ce ne l'importait peu. »*

*P.5 « Oui je lui en ai parlé. Après il n'est pas hyper impliqué dans le poids, dans tout cela. »*

#### 3.2.3.1.7 Soutien, entretien motivationnel insuffisant

D'autres patients décrivent également que leur médecin a essayé de les motiver, d'en discuter mais que le frein vient d'eux même et de leurs limites.

*P.4 « Ah ben il a essayé celui que j'ai maintenant, parce que c'est un jeune, il a 35 ans peut être, grand sportif en plus, donc il a essayé, mais ça ne me fait rien. » « Ah si si, il les connaît les mots, c'est que je n'ai pas envie et puis c'est tout. » « Il n'essaie plus, pechère, (rire) il est résolu, comme on dit, il n'ose plus. »*

*P.5 « Donc c'est vrai que je n'arrive pas trop à l'imaginer faire cela. Par exemple, pour tout ce qui est diététique, je préfèrerais aller voir une diététicienne. Quelqu'un dont c'est le domaine. »*

#### 3.2.3.2 Rôle neutre

##### 3.2.3.2.1 Se tourne vers d'autres professionnels

Plusieurs patients précisent que le médecin généraliste n'est pas leur seul et unique interlocuteur concernant le thème de l'AP, la nutrition. En effet ils vont voir d'autres spécialistes plus à même, selon eux, de les aider pour cela.

*P.13 « Moi le médecin traitant, disons que je le vois beaucoup moins que mes spécialistes. Par exemple le rhumatologue je le vois plus. Bon il m'a suivi dans le cadre de mon arrêt de travail... le rhumatologue lui par contre c'est un adepte du sport, pour l'arthrose ...tout ce qu'on veut il faut vraiment se bouger. On voit bien qu'ils sont tous en accord avec nous quand on a envie de se bouger. » D : « Donc vous allez plus vers d'autres professionnels que le médecin traitant pour tout ce qui a trait à la nutrition et prévention ? P.13 : « Oui c'est cela »*

*P.5 « Donc c'est vrai que je n'arrive pas trop à l'imaginer faire cela. Par exemple, pour tout ce qui est diététique, je préfèrerais aller voir une diététicienne. Quelqu'un dont c'est le domaine. »*

### 3.2.3.2.2 N'en parle pas

Un des patients décrit que son médecin n'en parle pas.

*P.14 « Non mais que ce soit fait en même temps que le reste non ? Elle pourrait le faire, mais je ne sais pas si elle le ferait. Je ne savais même pas qu'il était souhaitable qu'elle le fasse. J'ai vu Mme B pour le diabète, mais elle ne m'en a pas parlé de l'activité physique. »*

### 3.2.3.2.3 Autre source, extérieure au domaine médical

Un des patients mentionne le fait que pour lui, les informations viennent plus d'autres sources que son médecin généraliste qu'il consulte occasionnellement, et que notamment les médias sont sa plus grosse source d'information concernant l'activité physique.

*P.10 « Ben déjà, il y a un moment que je ne suis pas allée la voir. Mais elle n'incite pas...non elle ne m'a pas incité. On le voit par la télé. Mais je reconnais qu'il faut en faire. Je pense que c'est la réalité des choses. Mais moi je le ressens plus par rapport à la télé ou ils en parlent... »*

### 3.2.3.3 Rôle positif

#### 3.2.3.3.1 Soutien

Pour de nombreux patients, le médecin généraliste est un soutien non négligeable dans le maintien de la pratique d'activité physique. Un des patients remarque qu'il ne faut pas que ce soit à travers un discours moralisateur, ce qui est plus ou moins bien fait suivant les praticiens. Le fait d'être encouragé est un point positif pour les patients.

*P.1 « On a quand même besoin d'un soutien moral. Alors il ne faut pas que ce soit ... Mme D, elle a ce talent d'arriver à vous encourager sans vous engueuler et à vous remettre en selle. Il ne faut pas que ce soit moralisateur... »*

*P.14 « Oui, bien sûr, si si, il encourage ! »*

*P.16 « Oui oui, mais il le sait que je bouge. Il le sait et en plus on se fréquente, on est devenu amis. »*

*P.2 « Oui, oui, ça je lui avais tout expliqué, il était pour, il me pousse à maximum justement, à faire du sport, tout ça, il n'y a pas de problème.*

*P.3 « Oui oui, ben il m'a dit c'est très bien, bon on n'est jamais rentré dans les détails oui mais il était au courant. ». « Ben c'est-à-dire que je lui avais dit, expliqué à l'époque du protocole à l'époque, l'idée de faire la sleeve c'était une idée à moi il m'a ... il a réfléchi quelques minutes et m'a dit pourquoi pas ce n'est pas une mauvaise idée, partant de là on a fait le parcours du combattant je dirais ensemble. Il m'a vraiment bien épaulé et donc il savait ce qui se passait et effectivement il m'a dit oui oui ça s'est bien, c'est bien que ça suive derrière, après ... Voilà il sait parce que tous les ans je lui demande un certificat médical. »*

*P.8 « Bahhh il m'incite à faire cela, parce qu'il me connaît très bien. Pour tout vous dire, j'avais tenté de mettre fin à mes jours. Donc il m'a dit, il faut faire des activités, il faut remonter tout cela ! » « Oui à chaque fois que je le vois, on en discute un peu. »*

*P.17 « Et bon par rapport aux hernies discales, il y avait eu un suivi, tout ça, donc là mon médecin traitant m'avait dit : « sport obligatoire ». Enfin, je veux dire, oui il est pour le sport. »*

#### 3.2.3.3.2 Connaissance des médecins de l'adhésion à l'association d'APA

Pour un certain nombre de patients, leur médecin généraliste était au courant des activités physiques qu'ils pratiquent et notamment de l'adhésion à l'association d'activité physique adaptée. Le plus souvent la discussion d'activité physique se fait autour de la rédaction des certificats de non-contre-indications à la pratique d'AP.

*P.1 « Ah oui je lui ai cassé les pieds (rire) »*

*P.15 « Non non, il sait que j'en fais. En début d'année, à chaque activité sportive, il me fournit les certificats. Il sait que je fais de la natation et de la marche nordique, il le sait oui oui. »*

*P.3 « Oui oui, ben il m'a dit c'est très bien, bon on n'est jamais rentré dans les détails oui mais il était au courant. »*

#### 3.2.3.3.3 Intérêt

Quelques patients ont remarqué que leur médecin portait un intérêt aux pratiques d'activités physiques qu'ils pouvaient avoir dans leur vie quotidienne.

*P.1 « Non il ne m'a pas donné d'ordonnance avec, mais cependant, chaque fois que je lui demande un certificat médical, il est content, il marque toutes les pratiques il me dit c'est plutôt ça ou plutôt ça ou plutôt ça, vous allez faire quoi, de la piscine, bon je vous mets tout allez. »*

*P.2 « Ah tout à fait, Oui j'en ai discuté, tous les ans, il me demande ce que je fais, tous les ans quand je lui demandais le renouvellement de mes certificats, il était content que je renouvelle et continue dans ma poussée. »*

#### 3.2.3.3.4 Création d'un cadre

Quelques patients mentionnent le fait que le médecin généraliste pourrait avoir le rôle de créer un cadre, qui serait à la fois sécurisant et motivant. Cela aurait pour but de les remettre dans le droit chemin quand ils perdent leur motivation. Et un autre rôle de guide avec orientation sur le type d'activité à faire, ou, quand, comment...

*P.1 « Peut-être, peut-être, parce que ça structure, si par exemple, il y avait écrit : tous les jours, bon pour ma hernie discale par exemple, tous les jours vous pendre à une barre ou je ne sais pas faire dix ... » « Oui ça pourrait l'être, ça peut être un guide, là j'ai repris rendez-vous avec mon chirurgien, alors que je sais très bien que j'ai repris 15 kg et à la limite, à quoi ça sert ? Ben ça sert que je me remets dans un cadre et je*

vais lui dire qu'une fois par an, les rendez-vous ça ne va pas, c'est trop long un an, j'ai besoin de vous voir avant par ce que... [réfléchit]. On est un peu fliqué quoi on sait que si on a grossi, on va se faire engueuler. Ça met un peu la pression mais on ne devrait pas avoir besoin, de ça, on est un peu sado maso, hein, je ne comprends pas qu'on ait besoin... en même temps s'il m'engueule, je lui rentre dedans » « Voyez par exemple, s'il me donnait un calendrier et qu'il me dise, bon chaque fois que vous allez marcher 30 min vous me faites une petite croix et que l'on voit ensemble, combien de fois j'ai marché 30 min, dans la semaine et qu'il me disait ben là ça s'est bien vous avez bien bossé, cependant la semaine d'avant... bon, vous savez que c'est important, voilà... »

P.5 « Ce serait plutôt motivant, après... En fait c'est vrai que ben des fois, on a besoin d'être un peu orienté, de savoir... qu'on nous dise va voir à tel endroit, contacte telle personne, et enfin cela, je sais que mon médecin traitant, je ne le vois pas du tout faire cela »

#### 3.2.3.3.5 Prescription ponctuelle certificats, kiné...

Pour beaucoup, le rôle du médecin, quand on parle d'activités physiques, se limite à la prescription de certificats ou d'actes de kinésithérapies. Son rôle est donc plutôt défini par rapport à la délivrance de ces documents.

P.10 « Oui oui, parce qu'on faisait quand même, il y avait un truc à remplir aussi, chaque année par le docteur il me semble. Oui le certificat. »

P.6 « Oui oui, il est au courant, avant l'opération j'avais besoin de semelles orthopédiques pour faire les activités et j'avais besoin d'une combinaison adaptée pour faire du sport qui est pris en charge par la sécurité sociale. » « Non pas du tout, je le vois pour des problèmes ponctuels, quand j'ai eu le problème pour la hanche, il m'a fait la prescription de séances de kiné, si je suis coincée du dos aussi ; je sais qu'il est assez abordable, je lui demande par exemple des séances de kiné, il sait que j'en ai besoin il me les prescrits. »

#### 3.2.3.3.6 Rôle de l'éducation thérapeutique

Un des patients décrit le grand rôle que pourrait jouer l'éducation thérapeutique si elle était bien menée par les médecins. Il décrit cependant parfois des lacunes de la part des médecins par rapport à cela.

P.15 « Justement par rapport à l'hypertension, moi je me suis documentée un peu toute seule, mais j'ai appris...par exemple. Comme je suis enseignante, j'aime bien le pourquoi des choses. Sur comment agit le sport par exemple sur un problème d'hypertension. Ça par exemple c'est intéressant à savoir. Apparemment, ça agit sur les vaisseaux sanguins. Moi ça m'intéresse. » « Oui voilà, parce que je pense que si l'on comprend ce qu'on fait, on le fait mieux. Ça c'est comme avec les enfants, il faut qu'ils comprennent pourquoi on fait une activité. Voilà, il faut faire un peu de la pédagogie avec les gens je pense. Parce que moi, on me disait, il faut faire du sport, mais je ne voyais pas ou au niveau de l'hypertension, ça pourrait m'être bénéfique. »

#### 3.2.3.4 Rédaction ordonnances

Sur 17 patients interrogés, seul deux avaient reçu une ordonnance d'APA prescrite par leur médecin. Je les ai donc interrogés sur le rôle que pourrait avoir une ordonnance d'APA pour eux, leurs représentations et ressentis par rapport à cela.

##### 3.2.3.4.1 Cela pourrait favoriser la réalisation d'une APA

Pour quelques patients, la rédaction d'une ordonnance par le médecin généraliste pourrait jouer un rôle dans le sens où cela permettrait la création d'un cadre aidant. Un des patients fait remarquer le fait que cela pourrait jouer un rôle dans la prescription du caractère « adapté » de l'activité physique dans le sens où cela sous-tend qu'il y a des pathologies sous-jacentes et une utilité encore plus importante d'avoir un document écrit. D'autres patients font remarquer le fait que si l'activité physique prescrite médicalement était remboursée, cela pourrait avoir une utilité d'avoir une ordonnance. Un autre patient décrit aussi le fait que d'avoir une prescription rédigée par un médecin, cela en fait quelque chose d'officiel venant d'un professionnel de la santé et donc cela pourrait être pris plus au sérieux par certains patients.

*P.1 « Peut-être, peut-être, parce que ça structure, si par exemple, il y avait écrit : tous les jours, bon pour ma hernie discale par exemple, tous les jours vous pendre à une barre ou je ne sais pas faire dix ... Bon pour mon périnée par exemple j'ai lu dans un bouquin que c'était vraiment important de muscler le périnée pour nous les femmes qui avons eu des enfants et qui vieillissons. Bon ben j'ai plusieurs livres, le meilleur médicament c'est vous. On voit bien que la prise en charge, se prendre en charge, c'est vraiment important, arrêter de se trouver des excuses. Bon ben pour le périnée, si c'est écrit noir sur blanc, compter jusqu'à 10, faites 30, c'est vrai que ça aide, ça structure. »*

*P.10 « Et à quoi cela servirait ? D : « Maintenant la législation permet au médecin de prescrire de l'activité physique de la même façon qu'il prescrit des médicaments. »  
« D'accord, oui bien sur ça peut être utile, je ne savais pas, je ne connaissais pas. »*

*P.11 « Ben disons que pour le sport adapté, c'est bien d'avoir une ordonnance écrite. Et comment ça s'appelle... [réfléchit], les certificats médicaux c'est bien aussi. »*

*P.13 « Ben moi j'avais des prescriptions d'actes kiné donc ça voulait dire que j'y allais tous les deux jours, bon en fait, au départ, après j'ai fait du sport à côté, donc je me servais de la kiné pour me retaper. »*

*P.14 « Oui ça pourrait être une aide, c'est plus précis, mais il faudrait le demander, ce n'est pas l'avis de tout le monde. »*

*P.15 « Ben euh... ils parlaient du sport remboursé sur ordonnances, ben ça c'est intéressant du point de vue financier. Parce que quand on fait plusieurs activités sportives, ça finit par coûter cher. Et bon par exemple, le yoga, c'est cher. C'est bon*

*pour travailler la souplesse, c'est parfait, mais c'est cher. Moi bien sur je suivrais les conseils, je n'ai pas besoin d'une ordonnance pour suivre les conseils. Mais je pense que cela peut aider beaucoup de gens, le côté financier. C'est comme les salles de musculation, elles sont horriblement chères. Alors que là c'était minime. C'était super. »*

*P.3 « Non, ça changerait dans la mesure ou comme ça se fait dans certaines villes ou c'est la mairie qui prend en charge et qui effectivement, sur prescription médicale propose un certain nombre d'activités, là je le ferai, ça changerait quelque chose, dans ce contexte-là. »*

*P.5 « Ben si ça reste dans un programme un peu adapté, parce que si c'est me dire, va à telle salle de sport ... ça ne m'aidera pas forcément. »*

*P.6 « Ce serait bien ! Moi par exemple je suis assez volontaire mais mon mari qui a des problèmes cardiaques, si le médecin lui disait, il faut aller trois fois par semaines marcher, tout ça, je pense qu'il le ferait plus que si c'est moi qui lui dis. Parce que cela viendrait d'un professionnel de la santé. »*

*P.8 « Ah oui oui, ça peut changer, si j'ai un truc écrit pour faire autre chose. Parce qu'après dans les salles ou on est, c'est toujours répété, c'est toujours la même chose ! Ce que j'aimerais bien, c'est de trouver une association ou on fasse autre chose. Parce que dans les associations ou je suis c'est toujours un peu pareil, la gym... donc je me lasse un peu, j'y vais, je le fais, mais après c'est un peu lassant, je ne serai pas contre changer un peu d'activité. »*

#### 3.2.3.4.2 Cela ne changerait rien

Pour bon nombre de patients, le conseil oral suffit et le fait d'avoir quelque chose de rédigé ne changerait rien. Pour un des patient, le fait d'avoir une prescription rédigée sur ordonnance ne changerait rien dans le sens ou pour lui tout est plutôt une question de mental, de cheminement et réflexion personnelle. Il ajoute que la rédaction d'une ordonnance pourrait avoir un impact ponctuel sur le moment mais que ça ne modifierait pas forcément son comportement sur le long terme. Un autre patient soulève le fait qu'on n'a pas fondamentalement besoin d'une ordonnance pour fait de l'activité physique, c'est pour elle un peu excessif et infantilisant. Un autre patient considère cela comme quelque chose d'un peu intrusif, que ce n'est pas du ressort du médecin.

*P.10 « Et à quoi cela servirait ? » Pff...je ne sais pas non... je ne pense pas. Parce que tout est une question de vouloir et de mental. Justement, vous pensez qu'il pourrait avoir un rôle dans le mental ? être une aide ? Ou ce n'est pas vers le médecin que vous vous tourneriez ? Hum... je ne sais pas quoi vous dire. Je pense que je ...enfin pas chaque cas est différent mais presque, je pense que c'est toute une question d'individualité et de personne. Et pour votre cas personnel ?*

*Non je veux ou je ne veux pas. Parce qu'il va m'influencer sur le moment, le Dr ou elle, parce que moi c'est une femme. Parce qu'elle aura raison, parce que j'estime qu'elle*

*aura raison mais après sur les faits... est ce que je vais exécuter l'ordonnance, je ne suis pas certain.*

*P.12 « Non pas spécialement ... »*

*P.14 « Oui parce qu'est-ce qu'on a vraiment besoin d'une ordonnance pour ça ? On peut le faire sans ! Par exemple les séances de kiné elle me les notent, mais j'en ai encore qui ne sont pas faites. »*

*P.16 « Pour moi ça ne change pas grand-chose dans le sens où j'ai commencé jeune, je devais avoir 7 ou 8 ans quand j'ai commencé par l'athlétisme et après j'ai fait un an de ballon, puis j'ai fait du rugby. J'ai joué pendant longtemps. »*

*P.2 « Non pas spécialement d'importance, le conseil oral me suffit. »*

*P.4 « Non ça ne changerait rien. »*

*P.7 « Absolument pas ! Même si on me fait l'ordonnance, ce n'est pas pour cela que je vais faire plus. J'ai eu... au niveau de la douleur, j'avais testé pas mal de médocs, parce que j'ai des souffrances au niveau de la cheville, des fois je me lève le matin et j'ai très mal. Je prends des compléments alimentaires, mais si je pouvais éviter de les prendre, je le ferais. Comment dire, j'ai eu une ordonnance pour du tramadol dans mon sac pendant presque 8 mois, je ne l'ai pas prise, parce que c'était pour mes douleurs, qui sont journalières, la de toute façon faut que je m'y fasse je les ai tout le temps. Par contre, quand je me suis fait une déchirure musculaire dans le dos cet été, là je l'ai pris le tramadol. Voyez...vous comprenez ? Ce n'est pas parce que je l'ai l'ordonnance que je vais forcément appliquer ce qu'il y a écrit dessus. De toute façon, c'est moi qui décide, c'est mon corps. » « Ah non non, j'ai envie de dire, de quoi je me mêle ! »*

*P.9 « Non non, puis je sais ce qu'il faut faire, le problème c'est de le faire sur le long terme. Je connais. J'ai toujours connu les bénéfices du sport, ça faisait partie de notre culture. »*

#### 3.2.3.4.3 Ne savent pas

Un des patients avoue ne pas trop savoir si le fait d'avoir une ordonnance rédigée modifierait quelque chose, notamment dans le sens où il est difficile de trouver une structure d'APA, ordonnance ou pas.

*P.17 « Je ne sais pas trop. C'est compliqué de trouver un organisme où l'on puisse faire du sport. En étant recommandé par un médecin. »*

#### 3.2.3.5 Discussion d'arrêt de l'AP

Il ressort de ces entretiens que la majorité des patients ayant arrêtés l'APA avec l'association MAATIS APA sport et n'ayant pas poursuivi via d'autres associations n'en ont pas parlé avec leur médecin généraliste. Que ce soit parce qu'ils n'ont pas abordé le sujet, par oubli, parce qu'ils n'ont pas pensé qu'ils auraient pu/dû en discuter, parce que leur médecin n'a pas non plus abordé ce thème. Leur médecin discute d'APA souvent à l'occasion de la rédaction des certificats médicaux. Cette discussion n'est

pas ensuite reconduite au long de l'année lors des diverses autres consultations - si consultations il y a. On remarque donc qu'il y a là un fossé à combler dans le maintien de la motivation des patients à la poursuite d'APA.

#### 3.2.3.6 Propositions des patients

Les entretiens nous ont permis d'identifier les actions qui pourraient, selon les patients, être initiées pour les aider à poursuivre l'APA et modifier leurs comportements en santé. Un des patients propose de faire, par exemple, avec son médecin un calendrier ou l'on peut décompter toutes les activités physiques réalisées au cours d'une certaine période. Ce calendrier permettant au patient d'avoir un soutien moral.

Pour un autre patient tout se joue dans le mental et quoi que puisse dire son médecin, cela se jouera avant tout, en lui, dans son mental. Le rôle du médecin serait donc d'essayer de le soutenir subtilement pour qu'il parvienne à changer de comportement lui-même.

Pour un des patients cela passe par un devoir d'information des personnes autour, il s'est donc mis à relayer les bienfaits de l'association MAATIS APA sport autour de lui, et estime, que déjà le fait de proposer cela au gens en expliquant comment cela marche et les bienfaits que cela peut apporter, peut créer un déclic. Pour lui, il faudrait donc multiplier les campagnes d'informations et les groupes de soutiens de patients.

Un autre patient estime qu'il faudrait développer l'éducation thérapeutique, en faisant par exemple des consultations dédiées, en expliquant simplement la physiopathologie des bénéfices de l'AP sur le corps, ciblées sur les pathologies dont souffrent les patients. Pour qu'ils comprennent ce que cela va changer concrètement sur leur corps. Ils seront ainsi motivés par la visualisation des effets bénéfiques de l'APA sur leurs corps.

Un autre patient fait remarquer que le caractère essentiel de l'adaptation du médecin généraliste à son patient sans quoi on ne peut aboutir qu'à un échec thérapeutique. Il sous-entend également qu'il faudrait sensibiliser les médecins au rôle qu'ils peuvent avoir.

Enfin un autre patient reste très réfractaire à la discussion de cela avec un médecin, et laisse très peu de place au corps médical pour l'aider à changer ses comportements.

P.1 « Voyez par exemple, s'il me donnait un calendrier et qu'il me dise, bon chaque fois que vous allez marcher 30 min vous me faites une petite croix et que l'on voit ensemble, combien de fois j'ai marché 30 min, dans la semaine et qu'il me disait ben là ça s'est bien vous avez bien bossé, cependant la semaine d'avant... bon, vous savez que c'est important, voilà... On a quand même besoin d'un soutien moral. Alors il ne faut pas que ce soit ... Mme Di Costanzo, elle a ce talent d'arriver à vous encourager sans vous engueuler et à vous remettre en selle. »

P.10 « Pff... je ne sais pas non... je ne pense pas. Parce que tout est une question de vouloir et de mental. » « Hum... je ne sais pas quoi vous dire. Je pense que je ...enfin pas chaque cas est différent mais presque, je pense que c'est toute une question d'individualité et de personne. » « Non je veux ou je ne veux pas. Parce qu'il va m'influencer sur le moment, le Dr ou elle, parce que moi c'est une femme. Parce qu'elle aura raison, parce que j'estime qu'elle aura raison mais après sur les faits... est ce que je vais exécuter l'ordonnance, je ne suis pas certain. D : « Il y a une différence entre le fait qu'on vous le dise et que vous le fassiez. » Voilà exactement. Pour moi personnellement. »

P.13 « Ben c'est-à-dire que si je n'étais pas allé voir mon endocrinologue ben je serai passée à côté de beaucoup de choses. Et heureusement que je suis allée la voir ! Parce que si mon médecin traitant avait été au courant de cela... Lui il ne connaissait pas, ça c'est vrai que c'est dommage. Moi après quand j'ai repris une vie sociale, j'ai fait pas mal d'information pour cela. J'en ai parlé autour de moi. Parce que souvent il suffit de pas grands choses pour que les gens aient le déclic. Moi quand j'ai fait la semaine obsession, il y en avait plein qui ne connaissait pas MAATIS. Là il y a eu un moment où Mme G diffuse l'information. Comme il y avait des gens qui avaient pu en profiter, on a pu en discuter. Voilà »

P.14 « Oui parce qu'est-ce qu'on a vraiment besoin d'une ordonnance pour ça ? On peut le faire sans ! Par exemple les séances de kiné elle me les notent, mais j'en ai encore qui ne sont pas faites. » « D : Et par exemple si le médecin vous reconvoque pour en parler ? » « Non mais que ce soit fait en même temps que le reste non ? Elle pourrait le faire, mais je ne sais pas si elle le ferait. Je ne savais même pas qu'il était souhaitable qu'elle le fasse. J'ai vu Mme B pour le diabète, mais elle ne m'en a pas parlé de l'activité physique. »

P.15 « D : Et vous qu'est-ce que vous penseriez si votre médecin traitant vous reconvoquait pour vous parler d'activité physique, de prévention ? » « P.15 : Justement par rapport à l'hypertension, moi je me suis documentée un peu toute seule, mais j'ai appris... par exemple. Comme je suis enseignante, j'aime bien connaître le pourquoi des choses. Sur comment agit le sport par exemple sur un problème d'hypertension. Ça par exemple c'est intéressant à savoir. Apparemment, ça agit sur les vaisseaux sanguins. Moi ça m'intéresse. D : « Par exemple vous vous ne seriez par contre qu'on vous reconvoque, pour vous expliquer plus en détails, comment tout cela marche, et faire un peu d'éducation thérapeutique. » « P 15 : Oui voilà, parce que je pense que si l'on comprend ce qu'on fait, on le fait mieux. Ça c'est comme avec les enfants, il faut qu'ils comprennent pourquoi on fait une activité. Voilà, il faut faire un peu de la pédagogie avec les gens je pense. Parce que moi, on me disait, il faut faire du sport, mais je ne voyais pas où au niveau de l'hypertension, ça pourrait m'être bénéfique. »

*P.4 « Mais à l'espace santé il y en a un qui est aussi médecin généraliste et lui il vous aide, il ne vous oblige pas à faire du sport. Il s'adapte à vous, il ne vous obligera pas, il me conseillera, ça j'apprécie. Moi je vais lui dire que je n'aime pas le sport »*

*P.6 « Je trouve que d'avoir un suivi par le médecin se serait bien, surtout quand on a des problèmes de poids. »*

*D : « Et si par exemple, votre médecin vous reconvoque pour discuter un peu d'activité physique, voir comment vous pouvez organiser cela ? » P.7 : « Ah non non, j'ai envie de dire, de quoi je me mêle ! »*

### 3.2.3.7 Perception des patients par rapport au fait d'être encouragé à la pratique d'AP

Nous nous sommes également attardés sur la perception des patients lorsque qu'on les encourage à faire de l'activité physique adaptée. Pour bon nombre d'entre eux, il ressort qu'ils considèrent que c'est une chose normale. Pour certains c'est un facteur de motivation. Pour d'autre leurs médecins ne les encouragent pas spécialement.

#### 3.2.3.7.1 Motivant

Le fait d'être encouragé à pratiquer des AP est motivant, mais l'est encore plus avec des informations précises sur le : « comment faire », notamment comment obtenir des informations sur les personnes à contacter pour initier cette pratique.

*P.5 « Ce serait plutôt motivant, après... En fait c'est vrai que ben des fois, on a besoin d'être un peu orienté, de savoir... qu'on nous dise va voir à tel endroit, contacte telle personne, et enfin cela, je sais que mon médecin traitant, je ne le vois pas du tout faire cela »*

#### 3.2.3.7.2 Normal

Pour la majorité des patients il est normal que leur médecin les encourage et ils ne seraient pas contre être reconvoqué pour une consultation dédiée. La consultation de rédaction des certificats pourrait être celle où le médecin pourrait s'attarder un peu plus sur ce thème et sur la prévention au sens large. Avec une re-convocation en milieu d'année pour évaluer si la pratique a bien été poursuivie.

*P.1 « C'est normal, lui il me tanne, il me dit bon vous avez repris beaucoup de poids, vous vous y mettez quand, si vous ne voulez rien faire, allez marcher au moins, allez marcher. »*

*P.11 « Ah ben il me fait les certificats. »*

*P.14 : « Oui, bien sûr, si si, il encourage ! » « Ah oui bien sûr ! c'est son rôle. »*

*P.16 « Oui oui, mais il le sait que je bouge. Il le sait et en plus on se fréquente, on est devenu amis. »*

*P.6 « Ah c'est vital, il faut bouger, je le prends bien. »*

*P.7 « Bah c'est normal en fait. C'est vrai que l'activité physique, ça entretient le corps, mais alors pas à outrance ! Parce que j'ai beaucoup d'amis, et vraiment, j'en suis la première désolée, qui sont décédés d'activités physiques à outrance. J'avais un banquier qui était devenu un ami, il était génial ce type, et ben il est mort, tout seul comme un con dans un fossé. D'une crise cardiaque à 32 ans, donc là non. Donc il faut en faire de façon raisonnée. Là cet été j'ai perdu 10 kg en 3 semaines, quand les grosses chaleurs sont arrivées. Les cigales ont commencé à chanter et moi j'ai décollé niveau poids. »*

*P.8 « Bahhh il m'incite à faire cela, parce qu'il me connaît très bien. Pour tout vous dire, j'avais tenté de mettre fin à mes jours. Donc il m'a dit, il faut faire des activités, il faut remonter tout cela ! »*

*P.9 « Déjà, l'activité physique, je trouve que c'est normal que le médecin le fasse. Parce que bon c'est normal. Maintenant le sport adapté, il n'y a pas beaucoup de médecins généralistes qui connaissent ce genre de trucs. Ou alors ils n'en parlent pas. Ça c'est sur l'ensemble des toubibs. »*

*P.17 « Euh alors, au niveau activité physique, comment dire, j'ai eu un cancer et il y a eu un contrôle, tous les ans ainsi de suite... et j'ai eu un scanner thoraco abdomino pelvien tous les ans. Et bon par rapport aux hernies discales, il y avait eu un suivi, tout ça, donc là mon médecin traitant m'avait dit : « sport obligatoire ». Enfin, je veux dire, oui il est pour le sport. »*

#### 3.2.3.7.3 Ne le fait pas

Certains patients reconnaissent que leur médecin n'aborde pas du tout le sujet et ne les incite pas à faire de l'activité physique.

*P.10 « Ben déjà, il y a un moment que je ne suis pas allée la voir. Mais elle n'incite pas...non elle ne m'a pas incité. On le voit par la télé. Mais je reconnais qu'il faut en faire. Je pense que c'est la réalité des choses. Mais moi je le ressens plus par rapport à la télé ou ils en parlent... »*

*P.12 « Non il ne le fait pas en ce moment. »*

*P.3 « Il ne le fait pas. »*

*P.4 « Il n'essaie plus, pechère, (rire) il est résolu, comme on dit, il n'ose plus. »*

*P.6 « Non pas du tout, je le vois pour des problèmes ponctuels, quand j'ai eu le problème pour la hanche, il m'a fait la prescription de séances de kiné, si je suis coincée du dos aussi ; je sais qu'il est assez abordable, je lui demande par exemple des séances de kiné, il sait que j'en ai besoin il me les prescrit. »*

## **4 Discussion**

A partir des verbatims, nous avons tenté de décrire un modèle explicatif des freins et des motivations des patients à la poursuite d'une activité physique adaptée dans le cadre de l'association MAATIS APA sport. Nous nous sommes donc basés sur la compréhension du vécu des patients pour essayer de modéliser également le rôle que joue et pourrait jouer leur médecin généraliste traitant dans ces activités physiques adaptées.

### **4.1 Signification et hypothèses**

#### **4.1.1 Modélisation de l'analyse des verbatims**

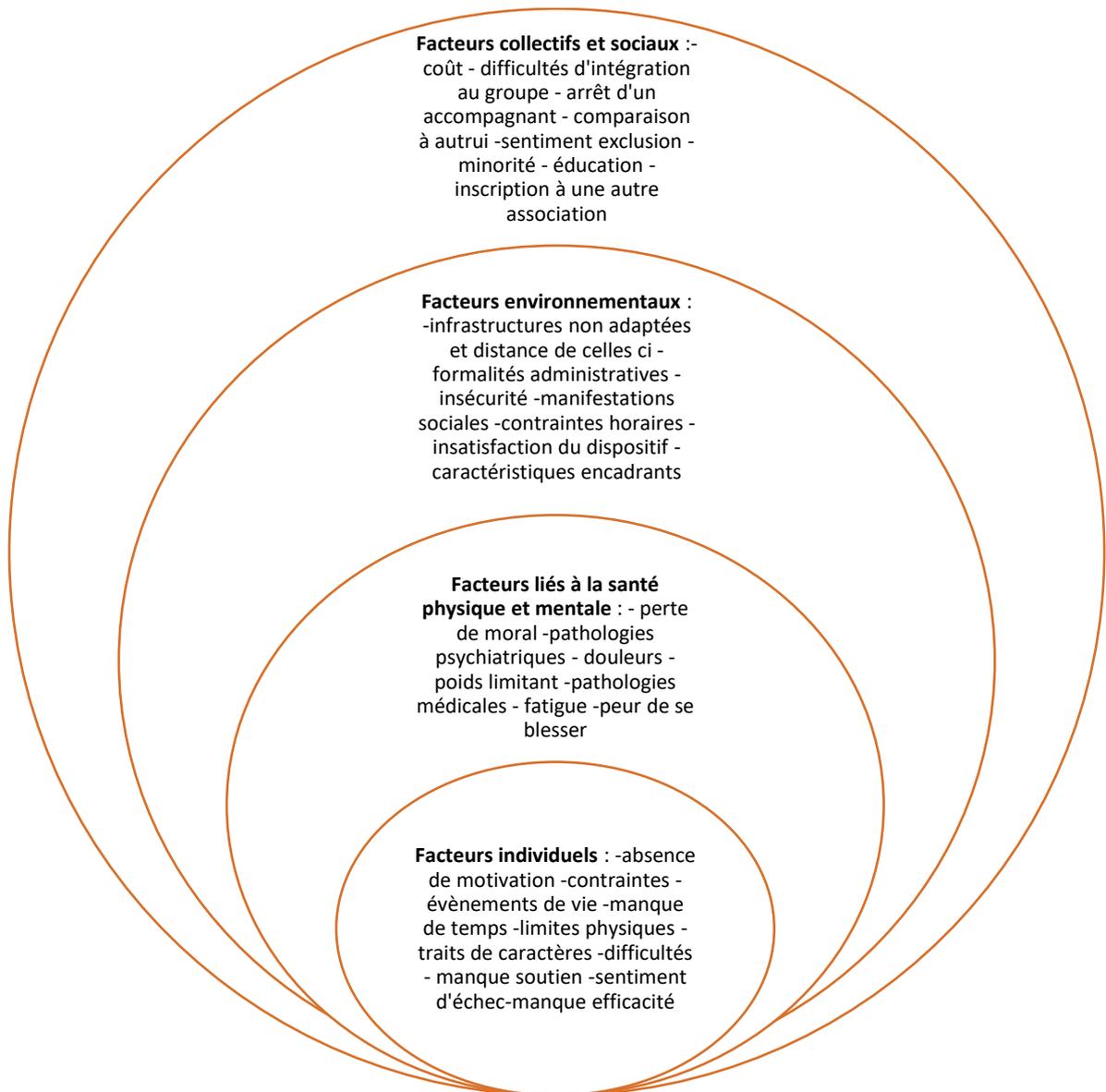
Différents niveaux de déterminants à la poursuite d'activités physiques adaptées sont ressortis.

L'individu au centre, riche de son ambivalence, qui est partagé dans son ressenti entre des freins et des motivations à la poursuite d'une activité physique adaptée.

La relation médecin malade, riche d'interactions, variée et adaptée à chaque individu, reflétant un rôle – patient dépendant - du médecin dans les modifications de comportements et choix de changements de vie. L'activité physique adaptée sur ordonnance n'est pas encore rentrée dans les automatismes des médecins généralistes qui bien souvent manquent de temps et de connaissances théoriques et pratiques sur la mise en place de celle-ci. On observe aussi un manque de pratique de l'entretien motivationnel pour aider les patients à poursuivre leurs efforts.

Et tout cela est régi par des facteurs sociétaux, politiques et législatifs, par le biais des plans régionaux, nationaux et internationaux, au travers des politiques de santé publique, des aménagements des espaces urbains etc...

Cette modélisation de l'analyse des verbatims peut être représentée par le schéma ci-dessous.



Freins des patients à la poursuite d'une activité physique adaptée via l'association MAATIS APA sport.

4.1.2 Concernant les freins à la poursuite d'une activité physique adaptée via une association dédiée chez les patients obèses et/ou diabétiques

- **Être dépourvu de motivation.**

Sur le plan individuel, on retrouve cité à plusieurs reprises le rôle de l'absence de motivation. Cette absence de motivation est vue suivant les patients comme un trait de caractère inhérent à leur propre personnalité, qu'ils considèrent eux même difficilement modifiable. Pour d'autres, cette absence de motivation est le corollaire d'autres pathologies qui ont pour conséquence une diminution de leurs compétences

physiques et psychiques. Les avis sont mitigés sur le rôle que pourrait avoir leur médecin généraliste traitant sur le maintien de leur motivation. Cependant la majorité des patients s'accordent à dire que c'est le rôle du médecin généraliste de parler avec eux d'activités physiques. De plus ils considèrent en majorité cela comme un soutien appréciable. Personne n'est complètement dénué de motivation. La motivation est malléable est influençable, notamment par un travail relationnel qui peut être réalisé par le médecin traitant. Le rôle de l'entretien motivationnel répété semble donc être une des clés à ne pas négliger pour encourager une poursuite d'activité physique adaptée chez ces patients.

Comment le médecin pourrait-il mener à bien cet entretien motivationnel et sous quelle forme ? Cela pourrait passer par la formation des professionnels de santé à l'entretien motivationnel, par un encadrement plus poussé, par des re-convocations systématique, par la réalisation de flyers éducatifs avec des rappels succincts et clairs sur les bénéfices de l'activité physique adaptée... Comme le proposait une des patientes, la réalisation de calendriers d'activités physiques pourrait également être un support objectif. Avec une visualisation plus concrète de la vie réelle, qui serait un support de l'entretien motivationnel lors des consultations de suivi. L'utilisation de nouveaux moyens de communications avec notamment les applications santé (avec décompte du nombre de pas sur téléphone), l'utilisation des réseaux sociaux sont des pistes à envisager. Les moyens sont donc nombreux, certains ont déjà été testé d'autres sont en cours de développement.

- **Manquer de temps**, être dépassé par la gestion de son temps libre.

La difficulté de gestion du temps libre ressort également comme un des freins les plus cités. Les contraintes de manque de temps sont évoquées tout en mentionnant le fait que ce temps n'est également pas pris parfois, que ce sont plus des barrières psychologiques que temporels purs. Les contraintes familiales et professionnelles sont également des éléments empêchant la pratique sportive. Ils étaient aussi fréquemment relevés dans des enquêtes déclaratives et dans des études quantitatives sur le sujet. (61) L'INSERM soulevait derrière cet argument, la notion de « culture du temps », c'est-à-dire la plus ou moins grande capacité à prévoir et gérer les périodes de disponibilités, parmi lesquelles figuraient les activités physiques.(19) Cette « culture du temps » était influencée par le gradient social : les catégories ouvrières avaient plus de temps libre

et occupaient davantage leurs loisirs à des activités domestiques (bricolage, jardinage, télévision), tandis que les cadres, disposant de moins de temps libre, avaient davantage de loisirs extérieurs, culturels et sportifs. Les stratégies cognitives mobilisées pour structurer les périodes de disponibilités étaient déterminantes dans la pratique d'activité physique.(19)

- **Être dépassé par des évènements de vie**, se sentir dépassé par ce qui leur est demandé.

Les évènements de vie jouent également un rôle non négligeable dans la non-poursuite de l'APA. On remarque que le fait d'en discuter avec leur médecin généraliste peut modifier le vécu de ceux-ci. Les médecins généralistes n'ont pas vraiment de pouvoir sur la modification des évènements mais peuvent aider les patients à les surmonter et encourager la lutte contre un certain fatalisme énoncé par certains patients.

Le manque de confiance en soi avec sentiment d'échec ressort également. Cette émotion est favorisée par un manque de soutien ressenti, qui pourrait être celui des proches, des amis, de la famille, des sportifs, des éducateurs, celui du médecin généraliste... On remarque également le rôle des influences sociales avec la difficulté pour les gens atteints de pathologies chroniques de coller aux canons de la beauté représentés dans les salles de sport. Fréquenter une association d'activité physique adaptée est un atout sur ce plan-là, leur donnant un moindre sentiment d'exclusion. Mais certains vivent mal le fait d'être stigmatisé comme malade en faisant parti d'une association d'activité physique adaptée.

- **Être limité par sa santé physique ou sa santé mentale.**

Un antécédent de dépression ou de syndrome anxieux semble être une difficulté à l'initiation de l'activité physique adaptée mais une fois que celle-ci est débutée on retrouve tout de même une amélioration psychique encourageant la poursuite d'APA. Les douleurs physiques sont également mentionnées à plusieurs reprises comme un frein à la poursuite d'APA. Un surpoids est un handicap majeur limitant les activités physiques et également plus globalement les activités de la vie quotidienne.

- **Être insatisfait des programmes proposés et de leur coût.** Trouver qu'il y n'y a pas d'offres adaptées, un environnement peu propice au bon développement des APA.

Sur l'aspect collectif et social, on remarque l'importance du coût des activités physiques adaptées, en effet de nombreuses personnes ont arrêté du fait de l'augmentation des prix.

Il ressort également que certains patients sont insatisfaits du dispositif proposé. Que l'offre n'est pas adaptée à leurs attentes. Que l'environnement de la métropole Toulon Provence Méditerranée (TPM) n'a pas forcément les atouts permettant une pratique optimale des activités de la vie quotidienne ainsi que des APA.

Il ressort tout de même que certains patients n'ont pas renouvelé leur adhésion à l'association, car ils ont poursuivi dans un club d'activité physique non adaptée. Ce qui démontre dans ce cas-là le succès de la passerelle jouée par l'association d'APA. Globalement leur motivation a été renforcée et cela leur a permis de poursuivre dans un schéma classique d'association sportive.

Certains ont arrêté car ils font beaucoup d'activités physiques dans leur vie quotidienne via leur travail notamment et n'ont donc pas poursuivi avec l'association mais ne sont pas pour autant redevenus sédentaires.

- **Manque de communication et de promotion de l'association MAATIS APA sport.**

Plusieurs patients ont fait remarquer que leur médecin généraliste traitant n'était pas au courant de l'existence de cette association d'activité physique adaptée voire pas du tout au courant qu'un tel type d'association puisse exister sur la région. Est-ce par défaut de communication ? Par manque de temps des médecins de se rendre aux réunions d'informations présentant ce type de parcours ? Par désintérêt des médecins ? Par une multiplication des sources d'informations et des difficultés pour les médecins généralistes à s'y retrouver ?

#### 4.1.3 Concernant les motivations à la poursuite d'une activité physique adaptée via une association dédiée chez les patients obèses et/ou diabétiques

- **Garantir sa qualité de vie par une bonne santé physique et mentale.**

Pour la majorité des patients, leur motivation principale à la poursuite d'activité physique adaptée était le maintien de leur qualité de vie par une stabilisation ou une amélioration de leur santé physique et mentale. Cela passait soit par une diminution de leurs douleurs, une stabilisation de leur poids, une diminution de leurs traitements. Soit par l'installation d'une vie plus agréable avec de nouveaux objectifs et de nouvelles rencontres, une stabilisation de leur santé mentale. L'activité physique constituait un outil permettant de combattre la maladie déjà présente ou l'installation de nouveaux problèmes de santé. Cachées derrière cette lutte, on percevait des peurs plus implicites, comme la peur de devenir dépendant, de vieillir, de mourir, de devenir handicapé, de ne plus être en pleine possession de son corps. Une des patientes faisait justement remarquer qu'elle regrettait de ne pas avoir pris le temps de faire des activités physiques et que cela devrait faire partie intégrante de la vie de chacun. Personne ne devrait être sédentaire au risque de passer à côté de sa vie. L'activité physique permettrait peut-être aux patients à travers l'action, le sentiment de reprendre le contrôle de leur vie et de leur corps, de masquer leurs peurs ou de leur donner l'impression de les maîtriser.

- **Se sociabiliser et garder un contact avec le reste du monde. Gage d'un nouveau départ pour une nouvelle vie.**

A travers ces entretiens j'ai pris conscience de l'isolement social d'un grand nombre de personnes. Il s'agit d'un problème sociétal majeur. Cela entraîne ou est la conséquence de troubles psychiques transitoires ou chroniques. Cet isolement est pour certains liés à leurs pathologies (surpoids, fibromyalgie) ou juste à une évolution naturelle au cours de leur vie. S'inscrire dans une association d'activité physique adaptée est donc pour une majorité d'entre eux un renouveau social. De plus des activités étaient également organisées en dehors des cours d'APA ce qui permettait de renforcer le lien social. Ce qui initialement devait être bénéfique pour leur corps s'avérait d'autant plus efficace pour leur esprit. Certains parlent même d'un nouveau départ pour une nouvelle vie. Ce qui résume l'importance que peut avoir la pratique

d'une activité physique adaptée, et l'importance que le médecin généraliste accorde un peu de temps aux discussions relatives à l'APA. Les retombées positives sociales peuvent s'étendre aux domaines professionnels (reprise de travail en meilleur état de santé), et économiques (moins d'arrêts de travail et de médicaments prescrits, diminution du déficit de l'Assurance Maladie). Ainsi, la socialisation constitue un avantage secondaire à l'entrée dans le dispositif, pouvant servir de renforcement motivationnel pour la poursuite d'activité physique.

- **Ressentir de la solidarité et un esprit de cohésion.**

Le fait de ressentir la cohésion et la solidarité au sein des groupes d'APA est un des facteurs de motivation pour les patients, à la poursuite de leur pratique. Les maladies chroniques étant sources pour les patients de nombreuses contraintes (traitements quotidiens, changements de leurs habitudes, tâches administratives, rendez-vous médicaux). Ces contraintes étant parfois source d'isolement et d'incompréhension de la part des personnes en bonne santé de leur entourage, avec qui ils ont parfois du mal à partager leur quotidien. L'association MAATIS APA sport apporte à ces malades un cadre de réunion, d'échanges, de partage. La possibilité de trouver un soutien collectif, renforce leur motivation individuelle à lutter contre la maladie et donc à pratiquer une activité physique dans le dispositif. Cela leur permet d'être plus fort en étant en groupe. Ce sentiment est retrouvé dans les associations de malade en général. Les réseaux sociaux peuvent aussi être une plateforme permettant aux patients de créer des groupes homogènes de soutien.

- **Pouvoir être réintégré dans un schéma classique d'activité physique,** ressentir les AP comme des activités source de plaisir et bien-être et de renfort de l'estime de soi.

Pour quelques patients, prendre part aux activités physiques adaptées de l'association MAATIS APA sport a été un succès dans le sens où cela a été une passerelle leur permettant de poursuivre des AP via des associations classiques. En effet ils décrivent bien le fait que l'APA leur a permis de se reconditionner à faire des efforts et ainsi prendre confiance en eux et se sentir de nouveau capable de faire des AP avec des personnes non malades. Les patients associaient aussi la pratique d'activités physiques à une activité productrice de bien-être et de plaisir, renforçant l'estime de soi. L'estime de soi étant une caractéristique nécessaire pour un bon développement dans notre

société actuelle qui tend à être de plus en plus compétitive. Les sujets à bonne estime de soi sont capables de persister face à la difficulté beaucoup plus longtemps que les sujets doutant d'eux-mêmes, tentés d'abandonner rapidement. Aussi, d'après Christophe André, psychiatre, « face à des problèmes qui s'avèrent insolubles, les sujets à haute estime de soi se désengagent plus vite, et identifient plus rapidement qu'il est inutile de s'enliser ». L'estime de soi constituerait ainsi un facteur de résilience face à l'adversité. Le sentiment de compétence (auto-efficacité) lors de la pratique d'activité physique était à l'origine d'une meilleure estime de soi et renforcerait la motivation sportive. (62) Ces données ont pu être observées dans d'autres populations notamment chez des étudiants, des adolescents et des enfants, en particulier des enfants en surpoids ou obèses. (63,64) Les patients décrivent également une sensation de bien-être et de plaisir lors de la pratique d'APA, d'autant plus lorsque les activités réalisées sont considérées comme ludiques, cela leur permet de ne pas considérer cela comme une contrainte. Beaucoup n'ont pas été éduqués dans un état d'esprit d'action au quotidien, l'aspect ludique leur facilite les choses. Un des patients fait également remarquer le rôle éducationnel du médecin généraliste dans la poursuite d'APA, dans le sens où il faut comprendre pourquoi notre corps doit bouger, pour le faire sans que cela soit vu comme une contrainte.

- **Association qui leur convient.**

Beaucoup décrivent avoir trouvé via l'association MAATIS APA sport, un lieu où ils ont pu s'épanouir avec des activités adaptées à leurs conditions physiques, respectant leurs douleurs. Ils y ont appris à se réapproprier leur corps et à gagner en confiance. Le fait qu'initialement les tarifs étaient très bas, a été un vrai argument pour initier leur pratique. Le rôle des encadrants formant à l'APA était souligné, le caractère de ceux-ci jouant aussi un rôle dans la poursuite d'APA de la part des patients.

#### 4.1.4 Concernant le rôle du médecin généraliste dans la poursuite des activités physiques adaptées

- **Être encouragé est apprécié.**

La plupart des patients reconnaissent apprécier le fait que leur médecin généraliste les encourage dans leur pratique d'activité physique et ils considèrent cela comme normal, faisant partie du rôle et du métier de leur médecin généraliste. En effet ils

reconnaissent qu'avoir une source de soutien est important et permet de se recentrer sur ses objectifs. Cependant ils sont nombreux à ne pas avoir discuter avec lui de leur décision d'arrêter l'activité l'activité physique adaptée via l'association MAATIS APA sport. Ils sont également parfois demandeur d'un soutien plus important prodigué, soit par d'autres professionnels soit par des nouvelles méthodes d'encadrements. Ils déclarent être également sensible à d'autres moyens de communication autour de la santé tel que les médias.

- **Parfois cela ne suffit pas.**

Pour la majorité des patients, le fait d'avoir une ordonnance écrite ne modifierait pas leurs habitudes et façon de pratiquer des AP d'après leur déclaration. Cela pourrait être utile s'il y avait derrière une prise en charge remboursée par l'assurance maladie ou une organisation des collectivités telle que l'ordonnance serait nécessaire pour accéder aux activités proposées. Les patients regrettent le manque de connaissance des praticiens à propos de l'offre proposée sur leur région d'installation. De plus ils ont parfois la sensation que leur médecin n'aborde pas le sujet spontanément, ce qu'ils ressentent comme un manque de soutien. De plus ils sont plusieurs à déclarer que leur praticien n'a pas de temps à consacrer à des discussions sur la prévention et l'activité physique adaptée, ce qu'ils conçoivent et acceptent plus ou moins bien.

- **Proposition des patients**

Lorsqu'on demande aux patients, comment leur médecin généraliste pourrait/aurait pu les aider à poursuivre leurs activités physiques adaptées, il ressort que le soutien est déjà primordial. Certains proposent la réalisation de calendriers d'activités physiques, qu'ils pourraient renseigner et ensuite amener chez leur médecin généraliste pour en discuter avec lui. D'autres mentionnent le rôle important de l'éducation thérapeutique, pour initier et poursuivre la pratique d'AP, il faut en effet comprendre pourquoi on doit le faire. La plupart des patients de cette étude avait participé à un programme de 4 jours d'éducation thérapeutique sur le thème du diabète ou de l'obésité et c'est à cette occasion là qu'on leur avait proposé de s'inscrire à l'association d'activité physique adaptée. Ils reconnaissent que le fait d'avoir participé à ce programme, leur a permis de connaître cette association et d'initier la pratique d'APA. Ils ne sont pas contre le fait d'être reconvoqué à des consultations spéciales, pour parler prévention, diététiques et activités physiques, mais ne sont pas certains que leur médecin en

viennent un jour à leur proposer cela. Ils sont également enclins à voir d'autres professionnels de santé pour cela.

## **4.2 Forces et faiblesses de l'étude**

### **4.2.1 Forces de l'étude**

Les forces de cette étude se caractérisent par son caractère qualitatif et son originalité sur le territoire varois.

En effet l'approche qualitative, à travers des entretiens semi dirigés, réalisés en face à face, permet une analyse plus approfondie d'autres éléments que ceux déjà observés par des études quantitatives. Cela permet une analyse sur des thèmes approchant les freins et motivations relatifs au caractère propre à chacun, pouvant relever de sujets intimes. La pudeur de prime abord était levée grâce à des entretiens réalisés en des lieux de convenance pour les patients et à des moments qui les arrangeaient pour faciliter cela. Etant présentée comme étudiante en médecine, cela facilitait le contact, en levant la pression d'avoir affaire à un médecin en exercice. C'étaient donc des entretiens adaptés pour ce sujet d'étude. De plus, à notre connaissance, aucune étude de ce type n'avait été menée sur le territoire varois et sur cette population d'étude.

Le manque d'activité physique et tout ce que cela engendre, est devenu un enjeu de santé publique. Il est donc utile de connaître le ressenti des patients par rapport à cela, afin de pouvoir adapter leur prise en charge et aboutir à des modifications de comportements améliorant la santé de la population.

L'échantillonnage, en partie raisonné, permettait un choix de profils diversifiés des personnes interrogées, permettant d'enrichir les thèmes de l'analyse. Même s'il est à regretter que nous ayons interrogés une majorité de femmes. La population inscrite et n'ayant pas renouvelée l'adhésion à l'association MAATIS APA sport étant constituée majoritairement de femmes.

La validité interne de cette étude est renforcée par un guide d'entretien relu par la directrice de thèse, le Dr PERNOD, par l'endocrinologue du CHITS, le Dr DI COSTANZO et par l'éducatrice sportive de l'association MAATIS APA sport, Mme GIUEU, afin d'assurer et proposer un guide d'entretien intelligible et adapté à toutes

les catégories socio professionnelles de patients. Celui-ci a été testé initialement sur deux patients puis légèrement modifié avant de n'être plus retouché pour tous les autres entretiens. L'analyse des verbatims s'est faite avec un logiciel de référence Nvivo. Afin de limiter un biais d'interprétation, les entretiens ont aussi été analysés par la directrice de thèse et les données recoupées avec celles analysées avec le logiciel.

La validité externe est pertinente dans le sens où nous avons pu atteindre la saturation des données au 14<sup>ème</sup> entretien, cela a été conforté par trois entretiens supplémentaires.

Les critères COREQ ont été respectés au mieux quand cela nous été possible.

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

De plus réaliser ces entretiens a été très enrichissant dans le sens où cela m'a permis de rencontrer des patients hors contexte de consultations, de parler de prévention, de problème de santé publique, et d'avoir leur point de vue. Point de vue qu'ils n'ont parfois par le temps d'exprimer lors d'une consultation classique et qu'ils n'osent peut-être pas aussi exprimer. Cela a constitué des moments de partage riches sur le plan relationnel et humain. Cela m'a permis de développer mes compétences en communication également, ce qui a été un apprentissage utile. J'ai aussi pris conscience des multiples facettes de problématiques que peuvent cacher des problèmes médicaux tels que le surpoids et l'obésité, et de la complexité médicale et sociale qui se cache derrière. En plus d'être des enjeux médicaux, il y également des problèmes d'isolement sociaux et de souffrance psychologique indéniables. La prise en charge se doit d'être pluridisciplinaire.

#### 4.2.2 Faiblesses de l'étude

Les faiblesses de cette étude se caractérisent par les différents biais qui n'ont pu être évités.

Les biais internes dus aux caractères du chercheur et des participants. Les divergences de caractères pouvant entraîner des incompréhensions entre chercheurs et participants ou instaurer un climat de suspicion voire entraîner une réticence à se confier lors de l'entretien. Ces différences sont liées aux variétés de genre, d'âge, de

statut social, d'expérience, de culture, d'éducatons, de valeurs... Ils sont difficilement contrôlables.

Les biais externes dus à l'environnement où ont été réalisés les entretiens bien qu'ils aient été réalisés dans le lien de convenance des patients, neutres.

Le biais de recrutement qui s'est illustré dans notre étude par la présence supérieure de femmes dans notre échantillon. En effet, elles étaient beaucoup plus nombreuses à s'être inscrite à l'association MAATIS APA sport et donc à s'être arrêtées. Est-ce parce qu'elles sont plus sensibles aux questions de santé ? Dans le sens où elles sont sensibilisées plus tôt aux problèmes de préventions (frottis, examen gynécologiques, grossesse) ou qu'elles vont plus facilement consulter le médecin ? (65) Nous avons essayé, par l'échantillonnage raisonné de sélectionner aux mieux une population d'étude variée mais cela peut être soumis à critique.

Le biais d'intervention est également présent, les entretiens ont été réalisés, retranscrits et codés par une seule personne et donc soumis à sa propre personnalité. Pour limiter ce biais, la directrice de thèse a également étudié les entretiens et les thèmes ressortis ont été recoupés avec l'analyse des verbatims de la thésarde.

Le biais de recueil de données favorisé par le fait qu'il s'agissait du premier exercice de la sorte pour la thésarde. En effet cette thèse a été réalisée à partir d'enseignements théoriques mais la pratique d'entretiens semi dirigés était une première. La qualité des entretiens était donc soumise à ses capacités relationnelles et de communication. En effet suivant la façon d'interroger les patients et la manière d'orienter la conversation, nous pouvons aboutir à des données recueillies différentes. Une expérience supérieure en ce type d'exercice aurait peut-être abouti en des données recueillies différentes. Bien que les données recueillies semblent être en accord avec celles de la littérature.

De plus, nous n'avons pas recherché de retours des patients sur la retranscription des entretiens (par manque de temps) mais nous leur avons proposé de leur envoyer la thèse dès que celle-ci serait finie.

## **4.3 Perspectives**

### **4.3.1 Place du médecin généraliste**

Le médecin généraliste est au centre de la prise en charge du patient. Il est le médecin que les patients vont le plus consulter au cours de leur vie. Comme le dit Alberto Marcacci (66), il est en première ligne, c'est lui qui propose les choix thérapeutiques qui influencent le patient. « Il devient, l'élément central d'une discussion qui a pour but de repenser l'approche avec la maladie non plus focalisée sur ses effets mais plutôt sur ses causes. Il doit assumer sa part de responsabilité quant aux choix thérapeutiques proposés à son patient en lui donnant tous les éléments nécessaires pour lui permettre de définir le parcours thérapeutique le plus adapté à ses besoins. » La prescription d'une AP est donc un des actes que peut réaliser le médecin généraliste. Même si pour la majorité des patients cela n'a pas plus de valeur qu'un conseil oral, dans le sens où ensuite ils sont mal orientés vers les structures d'APA et non remboursés.

Son rôle est primordial sur le plan de l'éducation thérapeutique. Il ne doit pas hésiter à faire des rappels physiologiques vulgarisés sur les bienfaits de la pratique de l'AP. En effet, un patient qui comprend pourquoi cela pourrait lui être bénéfique est un patient qui pourrait être plus à même de modifier ses comportements. L'éducation se fait dès le plus jeune âge et bien souvent, les médecins généralistes sont amenés à suivre les patients depuis leur enfance, donc la sensibilisation ne doit pas hésiter à être précoce. Les parents doivent être également sollicités. Il ne doit pas hésiter également à proposer aux patients souffrant d'ALD les programmes d'éducation thérapeutique organisés localement par les divers centres hospitaliers, qui peuvent être une aide aux modifications de comportements.

Le suivi que réalise le médecin généraliste est également un atout pour la poursuite de l'APA lorsque celui-ci est réalisé de façon réfléchi et orienté. Faire une consultation dédiée, pourrait être opportun, dans cette étude, la majorité des patients ne serait pas contre. Celle-ci pourrait être celle de début d'année ou les patients viennent pour les demandes de certificat médicaux. Une deuxième consultation de suivi pourrait alors être proposée afin de vérifier le bon déroulement de la pratique d'AP. Si le patient n'est pas demandeur de certificat, un conseil minimal pourrait alors être proposé. L'idée de réaliser sur une durée déterminée un journal des activités physiques (par exemple), et

prévoir une consultation à distance pour discuter de cela est une piste. Il faudrait également se poser la question d'une revalorisation financière d'une telle consultation avec également une cotation CPAM adéquate.

Le médecin généraliste à un rôle central, mais il n'est pas le seul acteur à devoir être mobilisé, au contraire, la prise en charge se veut pluridisciplinaire, avec la mobilisation de différents corps de métier. Les patients eux même le disent, ils préfèrent souvent avoir affaire à plusieurs intervenants, chacun qualifié dans leur domaine de prédilection. Des discussions sont actuellement en cours sur la mise en place de systèmes de prise en charge globale avec des infirmières AZALE permettant une disponibilité temporelle plus importante sur tout ce qui a trait à l'éducation thérapeutique. Les semaines d'éducation thérapeutique sont également à proposer au patient et font souvent intervenir différents intervenants. Que ce soient des psychologues, des nutritionnistes, des kinésithérapeutes, des infirmières, des éducateurs sportifs formés en activité physique adaptée.

Des outils d'aides à la prescription d'activités physiques doivent être également être revalorisés et repensés : créer par exemple des flyers avec un annuaire de l'offre en APA sur la région PACA, un rappel sur les bienfaits de l'AP et un versant sur comment motiver son patient pourrait être intéressant. Des sites d'aides à la prescription type « antibioclic » (67), mais sur l'activité physique avec rédaction d'une ordonnance en finalité pourrait être intéressant. Des ordonnances types pré-remplies pourraient être conseillées. Le podomètre peut également jouer le rôle d'une aide au maintien de la motivation.

La connaissance de l'offre en termes de structures d'APA doit être certaine. Pour se faire, des campagnes de communication sont à développer. Sur la région PACA, le site [paca.sport.santé.fr](http://paca.sport.santé.fr) devrait être connu de tous les médecins généralistes et constitue une aide non négligeable à l'orientation des patients. (68)

Enfin, la formation des médecins généralistes devrait être plus tournée vers ces thèmes, ceux-ci étant des enjeux de santé publique majeurs. Cela est en train de se développer actuellement avec notamment la création d'un DIU Santé, nutrition, activité physique et montagne à l'université de Paris Descartes. (69) Des MOOC (massive open online course) sont également proposés par l'Institut de Recherche du Bien-être, de la Médecine et du Sport Santé. (70)

#### 4.3.2 Rôle de l'entretien motivationnel

Le rôle du médecin généraliste n'est donc plus à démontrer, mais le premier acteur de la réussite de cette prise en charge reste le patient. Le premier frein à la poursuite d'activité physique adaptée qui ressort dans cette étude est le manque de motivation. D'où le rôle fondamental de l'entretien motivationnel. Il vise à valoriser le patient, inviter à la discussion et questionner celui-ci sur ses aspirations profondes afin de trouver ce qui pourrait être chez lui l'élément déclencheur à une volonté de changement de comportement pour sa santé. La HAS recommande d'accentuer le renfort motivationnel en définissant avec le patient des objectifs adaptés, réalistes et réalisables : pour favoriser l'adhésion initiale du patient, demander un effort qui lui coûte peu. (71) Quand le patient a fourni ce premier effort et accepte de rentrer dans l'expérimentation, le médecin peut envisager une pratique d'AP plus importante. Ne pas hésiter à lui rappeler la diversité des activités physiques proposées, valoriser le caractère ludique, évoquer le renfort du lien social et bien sûr les bénéfices pour la santé, la condition physique et le maintien de l'autonomie. Les médecins pourraient apporter une aide non négligeable s'ils étaient plus formés à l'entretien motivationnel.

En effet, comme cela est bien précisé dans le livre « Pratique de l'entretien motivationnel » de Stephen Rollnick, William R. Miller, Christopher C. Butler, ce x dernier a fait ses preuves. (48) Une formation à l'entretien motivationnel devrait être proposée en faculté de médecine ainsi que des cours de communication. C'est une forme d'entretien qui peut être considérée comme une passerelle entre les différents métiers du soin, visant à aider les patients à améliorer leurs comportements de santé, dans un but d'augmenter leur espérance de vie et leur qualité de vie. C'est une pratique qui peut être vue comme difficile et chronophage mais qui pourtant peut se révéler efficace et bénéfique pour le patient et le soignant lorsqu'elle est utilisée à bonne escient. Dans notre étude, on remarque que celui-ci est très peu pratiqué par les médecins, et que les notions d'activités physiques sont discutées de manières anecdotiques ou plutôt directives lors des consultations de médecine générale. L'entretien motivationnel a été initialement décrit en 1983 dans le champ des addictions et a depuis été testé et étudié dans le cadre de nombreuses pathologies chroniques. Son but est d'activer les propres motivations du patient afin de le faire tendre au changement de comportement, à l'adhésion thérapeutique et cela sur le long terme. Personne n'est complètement dénué de motivation, celle-ci est malléable à

travers le relationnel et la façon dont on parle au cours d'une consultation médicale a son importance. C'est différent de faire faire au patient ce qu'ils n'ont pas envie de faire. Il s'agit là de les guider et non pas de les diriger. Cela se fait grâce à une collaboration patient/médecin, par des échanges actifs et collaboratifs aboutissant à une décision conjointe. Il s'agit également de faire émerger du patient ce qu'il a déjà, en l'évoquant, pour activer sa motivation et ses ressources aux changements (en se basant sur ses objectifs, ses valeurs, ses rêves, ses aspirations). L'entretien motivationnel a pour but de valoriser l'autonomie du patient en lui faisant reconnaître ses choix pour sa propre vie, car on a beau informer, conseiller, avertir, c'est et cela restera le choix du patient qui prime. On laisse la liberté au patient de ne pas changer, et on diminue ainsi la résistance du patient face à des choix qu'on lui imposerait. L'entretien motivationnel prend ses bases sur 4 principes structurants :

- Eviter le réflexe correcteur : il est naturel de résister à la persuasion, on encourt donc un effet paradoxal si on essaie de persuader de façon directive. Par son ambivalence, plus le patient verbalise les désavantages du changement, plus il s'engage dans le maintien du statu quo. C'est au patient d'exprimer les arguments du changement.
- Explorer et comprendre les motivations du patient : l'amener à dire pourquoi il devrait changer, ce sont ses propres valeurs qui ont le plus de chance de provoquer du changement.
- Ecouter le patient : faire preuve d'empathie et émettre des hypothèses sur ce que le patient dit.
- Encourager le patient : qui a un rôle actif dans le soin, on l'aide à trouver les outils qui renforcent son espoir dans le changement.

C'est un style de communication à part entière qu'il faut apprendre à maîtriser. Il s'agit « d'une danse plutôt que d'une lutte ». On sert de guide, on connaît la destination, on aide le patient à s'y rendre, en faisant émerger ses arguments personnels en faveur du changement. Les 3 façons fondamentales de communiquer sont en interrogeant, en informant et en écoutant. L'expression, le ton de la voix, le regard, la gestuelle, l'environnement du cabinet jouent également un rôle important. Le problème pour susciter des changements de comportement, c'est que la pratique médicale consistant à interroger puis informer ne suffit pas forcément. Pour être un bon « guide » et

renforcer l'adhésion à une pratique d'activité physique et l'engagement du patient dans le changement, il faut :

- Interroger le patient pour savoir où il souhaite aller, connaître ses aspirations,
- Informer le patient des différentes options possibles et s'intéresser à celles qui ont du sens pour lui,
- Ecouter et respecter ce que la personne veut faire et lui offrir une aide en conséquence.

On doit alors savoir gérer l'ambivalence du patient face au changement. En effet, les gens veulent être en bonne santé mais sont en même temps installés dans leur routine. Ils oscillent entre vouloir et ne pas vouloir, ce qui est normal et commun chez l'être humain qui pense à changer, pense ensuite à une raison de ne pas changer, arrête de penser au changement et finalement ne change pas. Cela peut engendrer de la frustration. C'est donc un des rôles du médecin que favoriser le « discours changement » du patient plutôt que sa résistance. On distingue 6 niveaux de « discours changement » qui vont du pré-engagement au changement, et comment on peut essayer d'y amener le patient :

- Désir : « Pourquoi voudriez-vous pratiquer plus d'activité physique ? »
- Capacité : « Comment feriez-vous pour pratiquer plus d'activités physique ? »
- Raison : « Quelles sont les raisons qui pourraient vous aider à poursuivre l'activité physique ? »
- Besoin : « A quel point est-ce important pour vous de pratiquer des activités physiques ? »
- Engagement : « Je vais poursuivre l'activité physique. »
- Premier pas : « J'y suis retourné. »

Se pose la question de comment mener à bien un entretien motivationnel. Comment bien interroger ?

Il s'agit tout d'abord d'établir un ordre du jour tout en laissant le patient parler des changements qu'il est prêt à envisager. Ne pas demander « Pourquoi vous ne participez plus à l'association ? ». Mais plutôt quelles sont vos priorités, où se place l'activité physique adaptée ? Faire des échelles (évaluer l'importance, la confiance en

la pratique d'AP), peser les pous et les contres, demander ce que le patient veut faire et est capable de faire, faire des hypothèses.

Comment bien écouter ?

Globalement les patients ne se sentent pas assez écoutés, ce qui les poussent vers les médecines alternatives. Penser à placer une question d'ouverture qui annonce qu'on va écouter, savoir se taire, avoir des réactions facilitatrices (hum...hum...), utiliser d'autres mots, reformuler. Résumer. L'écoute est un cadeau qui enrichit aussi celui qui le donne.

Comment interroger et écouter ?

Formuler une question ouverte puis la faire suivre de reflets en fonction de ce que dit le patient. Ce que nous choisissons de refléter au patient peut faire la différence : refléter la résistance du patient, le discours changement, travailler sur l'ambivalence. Le résumé doit énoncer les motivations propres au changement du patient.

Comment informer ?

Être sympathique et délivrer les informations de façon calme et concise. S'attendre à devoir gérer la perplexité, la passivité, l'émotion forte, l'inattention. Il faut travailler en étant dans la relation, en s'en imprégnant, ralentir pour favoriser l'échange d'information, ne pas oublier qu'on s'adresse à une personne et prendre en compte ses priorités. Favoriser les messages positifs. Prendre en compte ce que veut savoir le patient (aller dans le détail ou au contraire rester vague en fonction de ce qu'il souhaite.), donner les informations avec attention.

Garder en tête l'adage : « Demander, fournir, demander ».

Demander la permission de délivrer l'information, offrir des choix, parler de ce que font les autres. Se centrer sur l'information importante délivrée par le patient, celui-ci est en effet plus à même de savoir ce qui marche pour lui. On fournit et le patient interprète. Ne pas effrayer : être encourageant, compatissant et empathique. Planter une graine de motivation et laisser le patient être acteur de son changement de comportement. Guider, encourager plutôt que culpabiliser, négocier plutôt qu'imposer.

Il s'agit d'essayer d'amener le patient à résoudre son ambivalence sous-jacente : le patient doit prendre conscience que c'est réellement important de changer (sans qu'on lui impose, on l'amène à en prendre conscience) et doit donner au changement la possibilité de survenir. On promeut la liberté de choix, tout en fournissant un soutien et des conseils si besoin.

C'est un exercice qui est peu pratiqué par les médecins généralistes, souvent par manque de formations, et défaut d'apprentissage au cours de nos études. Pour bien le pratiquer, il faudrait l'exercer au quotidien, et réaliser des feed backs sur les consultations où on l'a pratiqué afin de progresser et s'améliorer. C'est une compétence clinique à travailler. Il faut faire attention à surveiller ce que l'on ressent, ne pas se laisser aller à diriger, ni tenter de persuader avec trop d'énergie. On ne doit pas vouloir sauver le patient : il doit se sauver par lui-même. Il faut également faire attention à ne pas surcharger le patient d'informations et respecter les discordances d'aspiration entre patients et soignants.

De plus comme le fait remarquer une patiente, le témoignage de patients étant passés par ces programmes d'APA et ayant ensuite intégré un schéma classique devrait être diffusé, cela peut être source de motivation pour certains patients

### 4.3.3 Guide rapide à destination des médecins généralistes pour la pratique de l'entretien motivationnel dans un contexte de pratique d'activité physique :

#### Rappel/éducation thérapeutique :

## LES BIENFAITS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

En plus d'un impact bénéfique sur de nombreuses maladies chroniques, les bienfaits des activités physiques et sportives sur la santé sont nombreux.

SUR LE BIEN-ÊTRE PHYSIQUE PAR :	SUR LE BIEN-ÊTRE MENTAL EN :	SUR LE BIEN-ÊTRE SOCIAL EN :
 Le maintien et/ou l'amélioration des fonctions motrices	 Procurant du plaisir	 Fréquentant de nouvelles personnes
 Le maintien et/ou l'amélioration des capacités respiratoires	 Renforçant l'estime de soi	 Luttant contre l'isolement
 Le maintien et/ou l'amélioration cognitive	 Diminuant le stress	

#### ACTIVITÉS CARDIO-RESPIRATOIRES (MARCHE, VÉLO, NAGE, ETC.) :

- 150 minutes (par exemple 5 fois 30 mn) à intensité modérée,
- ou 75 mn (par exemple 3 fois 25 mn) à intensité élevée,
- ou une combinaison équivalente d'activités d'intensité modérée et élevée.

Il est recommandé par ailleurs de ne pas rester 2 jours consécutifs sans activité physique.

Les notions d'intensité varient en fonction de chaque personne et le pratiquant peut s'aider de l'échelle de Borg pour les définir : c'est une échelle subjective cotée de 1 à 10, une intensité modérée correspond à 4/5, une intensité élevée à 6/7).

Cependant, dans le cadre de la prévention primaire et pour obtenir des activités physiques un bénéfice supplémentaire, la recommandation est de doubler ces durées d'activité (soit 300 mn à intensité modérée ou 150 mn à intensité élevée).



#### ACTIVITÉS DE RENFORCEMENT MUSCULAIRE :

Il est recommandé de les réaliser selon les conditions suivantes :

- 1 à 2 fois par semaine avec 1 à 2 jours de récupération entre deux séances,
- 8 à 10 exercices différents impliquant les principaux groupes musculaires des membres supérieurs et inférieurs, répétés 10 à 15 fois par série ; chaque série peut être répétée 2 à 3 fois.

#### EXERCICES D'ASSOULISSEMENT ET DE MOBILITÉ ARTICULAIRE

Il est recommandé que ces exercices soient :

- pratiqués 2 à 3 fois par semaine,
- précédés d'un échauffement musculaire,
- maintenus 10 à 30 secondes et répétés 2 à 3 fois,
- limités par la sensation d'inconfort ou de raideur.

Pour les personnes âgées, des exercices d'équilibre et de proprioception sont recommandés pour prévenir des risques de chute.

Source : Document tiré du site <https://paca.sport.sante.fr/> (68)

## Guide de consultation d'entretien motivationnel :

- Se mettre d'accord avec le patient sur l'objet de la consultation :
  - Mettre en place la relation collaborative et empathique.
  - Fixer un ordre du jour, en recherchant l'accord du patient, formuler cette demande d'accord.
  - Insister sur l'esprit de la consultation qui est de guider.
- Explorer et construire la motivation au changement : repérer le discours changement.
  - Echanger les informations : demander-fournir-demander.
  - Utiliser des questions pour guider :

Désir : « Pourquoi voudriez-vous pratiquer plus d'activité physique ? »

Capacité : « Comment feriez-vous pour pratiquer plus d'activités physique ? »

Raison : « Quelles sont les raisons qui pourraient vous aider à poursuivre l'activité physique ? »

Besoin : « A quel point est-ce important pour vous de pratiquer des activités physiques ? »

- Elaborer des stratégies avec le patient en fonction de ses aspirations.  
OBJECTIFS réalistes et réalisables.
- Résumer les progrès :

Reformuler ce que le patient a dit.

Revenir à l'ordre du jour.

Envisager la prochaine étape et reconvoquer.

Structures vers qui envoyer mon patient : <https://paca.sport.sante.fr/>

### 4.3.4 Médicalisation activité physique, vers une approche communautaire ?

Ce qui est également ressorti de cette étude, c'est le caractère de renouveau social ressenti par beaucoup de patient ayant initié la pratique d'AP via l'association MAATIS APA sport. Certains sont même allés jusqu'à dire que cela avait été pour eux le début d'une nouvelle vie. Au-delà des bienfaits sur leur santé physique, les bienfaits sur leur bien être moral a été incontestable. Cela est le reflet de la société actuelle qui veut que les personnes malades se retrouvent bien souvent isolées. On médicalise donc l'activité physique mais ne devrions-nous pas également essayer d'envisager l'activité

physique comme une approche communautaire ? L'OMS et l'UNICEF ont défini ces notions de la façon suivante : « La participation communautaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les mettra en mesure d'être des agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement. S'il faut que la communauté ait le désir d'apprendre, le devoir incombe au système de santé d'expliquer et de conseiller ainsi que de fournir des renseignements clairs sur les conséquences favorables et dommageables des interventions proposées comme sur leurs coûts relatifs ». (72)

Ainsi, la santé participative repose sur les membres d'une communauté prenant en charge aussi bien la santé individuelle que collective, à tous les niveaux (identification de problématiques, prévention, mobilisation des ressources, action, évaluation d'action). L'approche repose sur le fait que les comportements néfastes de santé, difficiles à changer individuellement, peuvent se modifier grâce à l'implication dans une action collective. Le groupe transforme les normes et instaure une nouvelle dynamique de changement pour le sujet. L'engagement de chaque individu est important. Nous avons retrouvé, par exemple, ce type de fonctionnement au sein d'associations de malades : éducation thérapeutique et échanges de savoirs dans les associations de diabétiques, groupe de paroles dans les associations d'Alcooliques Anonymes. Les participants choisissant d'exercer une activité physique au sein d'une association sportive, se retrouveraient dans une continuité d'action à leur sortie du programme, et non dans une coupure brutale anxiogène, puisque le cadre sportif resterait semblable à celui qu'ils côtoyaient lorsqu'ils étaient inclus dans le dispositif de sport.

## **5 Conclusion**

La pratique d'activité physique est un des enjeux de santé publique pour les années à venir en termes de prévention. La prescription d'activité physique adaptée pour les patients, commence timidement à rentrer dans les pratiques des médecins généralistes traitants. Il ressort de notre étude qualitative, que du point de vue des patients la prescription écrite d'activité physique adaptée peut et pourrait changer quelque chose. Cela uniquement si elle est associée à des organisations bien rodées, des activités à moindre coûts (voire remboursées) et surtout des activités connues de leur médecin généraliste. Celui-ci pouvant alors les orienter plus aisément et les aider dans cette démarche. On a pu observer dans notre étude que certains patients après avoir initiés la pratique d'APA arrêtent pour différentes raisons, soit parce que l'APA leur a permis la reprise d'une activité physique non adaptée (rôle de passerelle), soit du fait de différents freins qui les ont poussés à arrêter. Dans notre analyse les différents freins mis en évidence sont issus de facteurs personnels avec le manque de motivation cité de façon répétée, le manque de temps, les contraintes, les événements de vie, les traits de caractères, le sentiment d'échec et de difficultés à la pratique d'APA, le manque de soutien (de la part de leur médecin, de leur famille, amis...). On retrouve également des freins liés à la santé physique avec l'influence des douleurs, d'une surcharge pondérale, d'autres pathologies somatiques invalidantes, de la fatigue ainsi que la peur de se blesser. Sur le plan de la santé mentale, on retrouve citée, l'influence de pathologies psychiatriques sur l'arrêt de l'APA. Notre étude nous a également permis d'identifier les facteurs environnementaux, collectifs et sociaux, constituants des freins, selon les patients, à la poursuite de leur activité physique adaptée. On retrouve effectivement la notion d'infrastructures non adaptées, éloignées du domicile ou dans des lieux insécures, des formalités administratives qui peuvent constituées un frein. Les contraintes horaires, l'insatisfaction du dispositif proposé, les caractères des encadrants constituent également un frein à la poursuite d'APA d'après les patients. Sur le plan des facteurs collectifs et sociaux, on retrouve énoncés, le frein lié au coût des associations d'APA, les difficultés d'intégration au groupe, l'arrêt d'un accompagnant, la comparaison à autrui et le sentiment de malaise que cela provoque, le sentiment d'exclusion relatif au fait de faire partie d'une association réservée à des patients. Une des patientes faisait également remarquer que l'éducation dans

l'enfance et à la santé par le médecin traitant pouvait également jouer un rôle dans la poursuite d'activité physique adaptée.

Notre étude nous a également permis de faire un point en parallèle sur les motivations ayant permis aux patients d'initier leur d'AP dans une association dédiée. On retrouve de la même façon des facteurs individuels, liés à la santé physique et mentale, environnementaux, collectifs et sociaux. Ces motivations sont intéressantes à connaître car elles peuvent être utiles au médecin généraliste afin de relancer les patients lors de la pratique d'entretiens motivationnels. Sur le plan des facteurs individuels, il ressort que l'association d'activité physique adaptée permet une pratique adaptée à leur niveau, dans le but de garantir leur qualité de vie par une perte ou stabilisation du poids, une diminution de la prise médicamenteuse, une diminution de leurs douleurs. Ils reconnaissent que l'APA permet un reconditionnement à l'effort et ainsi une plus grande liberté de mouvement, et finissent par associer l'APA au plaisir et au bien-être. Ils mentionnent également une amélioration de leur moral, avec diminution de l'anxiété, un dépassement de soi. Certains considèrent l'APA comme un nouveau départ, à travers un engagement moral et un renouveau social. Sur le plan collectif et social, les patients décrivent l'importance de l'effet de groupe dans le maintien de la motivation. L'association d'APA étant un lieu de rencontre et de partage. Ils apprécient l'esprit ludique qui s'en dégage. Les patients décrivent une association leur ayant permis de prendre goût à la pratique d'APA avec des activités et des encadrants adaptés.

Il ressort de notre étude que les patients n'ont majoritairement pas discuté du fait qu'ils allaient arrêter leur pratique d'activité physique adaptée avec leur médecin traitant. Les patients sont en faveur du fait que leur médecin les encourage et discute avec eux de cela. En effet, ils considèrent cela normal, c'est une forme de soutien non négligeable. Certains seraient pour une convocation à une consultation dédiée, d'autres pensent que cela devrait être intégré à leur consultation habituelle. De plus ils sont d'accord sur le fait que cela doit être une prise en charge pluridisciplinaire et sont prêts à consulter d'autres professionnels paramédicaux si besoin.

Leur médecin généraliste pratique très peu l'entretien motivationnel, ce qui pourrait être une piste d'amélioration de la prise en charge de ces patients. La HAS recommande d'accentuer le renfort motivationnel en définissant avec le patient des

objectifs réalistes et réalisables adaptés à lui et en renforçant la poursuite des APA par des consultations de suivi régulières. Une formation plus approfondie des médecins généralistes à ce type de pratique et également un renfort de la prise en charge pluridisciplinaire (avec valorisation des infirmières dédiées à l'éducation thérapeutique, formation d'éducateurs en APA) sont des pistes pour une meilleure prise en charge des patients au long cours, qu'ils soient obèses et/ou diabétiques.

## 6 Bibliographie

1. Hellénus ML, Brismar KE, Berglund BH, de Faire UH. Effects on glucose tolerance, insulin secretion, insulin-like growth factor 1 and its binding protein, IGFBP-1, in a randomized controlled diet and exercise study in healthy, middle-aged men. *J Intern Med.* août 1995;238(2):121-30.
2. Blair SN, Goodyear NN, Gibbons LW, Cooper KH. Physical fitness and incidence of hypertension in healthy normotensive men and women. *JAMA.* 27 juill 1984;252(4):487-90.
3. Blair SN, Kohl HW, Barlow CE, Paffenbarger RS, Gibbons LW, Macera CA. Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA.* 12 avr 1995;273(14):1093-8.
4. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med.* 2 avr 2002;136(7):493-503.
5. Helmrich SP, Ragland DR, Leung RW, Paffenbarger RS. Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 18 juill 1991;325(3):147-52.
6. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees)
7. Prévalence et incidence du diabète / Données épidémiologiques / Diabète / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete>
8. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée | Legifrance [Internet]. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/30/2016-1990/jo/texte>
9. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep.* 1985;100(2):126-31.
10. Haute autorité de santé. Promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé [Internet]. 10/18 [cité 5 nov 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante)

11. Organisation mondiale de la santé. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. OMS; 2010.
12. Instructions et circulaires récentes | Legifrance [Internet]. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=42071>
13. Haute autorité de santé. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. [Internet]. 2018 [cité 5 nov 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide\\_aps\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf)
14. Organisation mondiale de la Santé. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. Définition de la santé. [Internet]. 1946 [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_fr.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf)
15. Participants charte. PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA. :6.
16. Organisation mondiale de la Santé. Education thérapeutique du patient [Internet]. 1998 [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/145296/E93849.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf)
17. A. La prévention selon l'OMS (1948): une classification selon le stade de la maladie - PDF [Internet]. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/12372354-A-la-prevention-selon-l-oms-1948-une-classification-selon-le-stade-de-la-maladie.html>
18. Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports. Instruction interministérielle du 03\_03\_2017 relatives aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée..pdf [Internet]. 2017. Disponible sur: [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir\\_42071.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir_42071.pdf)
19. INSERM. Activité physique : contextes et effets sur la santé. [Internet]. 2008 [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: [http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/expcol\\_2008\\_activite.pdf?sequence=1](http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/expcol_2008_activite.pdf?sequence=1)
20. ANSES. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité [Internet]. 2016 [cité 15 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>
21. INCA. Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. [Internet]. 2017. Disponible sur: [file:///C:/Users/doria\\_000/Downloads/Benefices\\_de\\_l\\_activite\\_physique\\_pendant\\_et\\_apres\\_cancer\\_synthese\\_mel\\_20170315%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/doria_000/Downloads/Benefices_de_l_activite_physique_pendant_et_apres_cancer_synthese_mel_20170315%20(1).pdf)
22. Nocon M, Hiemann T, Müller-Riemenschneider F, Thalau F, Roll S, Willich SN. Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil Off J Eur Soc

- Cardiol Work Groups Epidemiol Prev Card Rehabil Exerc Physiol. juin 2008;15(3):239-46.
23. Gill DL, Hammond CC, Reifsteck EJ, Jehu CM, Williams RA, Adams MM, et al. Physical Activity and Quality of Life. *J Prev Med Pub Health*. janv 2013;46(Suppl 1):S28-34.
  24. Physical activity and health-related quality of life in chronic low back pain patients: a cross-sectional study [Internet]. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4373082/>
  25. Rönn T, Volkov P, Davegårdh C, Dayeh T, Hall E, Olsson AH, et al. A six months exercise intervention influences the genome-wide DNA methylation pattern in human adipose tissue. *PLoS Genet*. juin 2013;9(6):e1003572.
  26. Jeon CY, Lokken RP, Hu FB, van Dam RM. Physical Activity of Moderate Intensity and Risk of Type 2 Diabetes: A systematic review. *Diabetes Care*. 1 mars 2007;30(3):744-52.
  27. Ministère du travail de l'emploi et de la santé. Plan Obesite 2010\_2013. [Internet]. 2010 [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Obesite\\_2010\\_2013.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf)
  28. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 15 oct 2013;188(8):e13-64.
  29. Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO. Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *Am J Prev Med*. janv 2005;28(1):1-8.
  30. Dose-response of physical activity and low back pain,... : *Medicine & Science in Sports & Exercise* [Internet]. LWW. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: [https://journals.lww.com/acsm-msse/Fulltext/2001/06001/Dose\\_response\\_of\\_physical\\_activity\\_and\\_low\\_back.26.aspx](https://journals.lww.com/acsm-msse/Fulltext/2001/06001/Dose_response_of_physical_activity_and_low_back.26.aspx)
  31. Rivière D, Ministère des personnes âgées, et de l'autonomie, Ministère des sports dlj, de, l'éducation populaire et de la vie associative. Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés.pdf [Internet]. 2013 [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: [http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapportseniors\\_m3-3.pdf](http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapportseniors_m3-3.pdf)
  32. Manson JE, Greenland P, LaCroix AZ, Stefanick ML, Mouton CP, Oberman A, et al. Walking Compared with Vigorous Exercise for the Prevention of Cardiovascular Events in Women [Internet]. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa021067>. 2009 [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa021067>
  33. Effet antalgique de l'effort musculaire et de l'activité physique chez le patient douloureux chronique. - PDF [Internet]. [cité 2 août 2019]. Disponible sur:

<https://docplayer.fr/19057373-Effet-antalgique-de-l-effort-musculaire-et-de-l-activite-physique-chez-le-patient-douloureux-chronique.html>

34. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.pdf [Internet]. 2004 [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43036/9242592226\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43036/9242592226_fre.pdf?sequence=1)
35. World Health Organization. More active people for a healthier world [Internet]. 2018 [cité 13 nov 2018] p. 104. (Global action plan on physical activity 2018-2030). Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>
36. Charte internationale de l'éducation physique, de l'activité physique et du sport [Internet]. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: [http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL\\_ID=13150&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL_ID=13150&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)
37. Semaine européenne de la mobilité 2019 [Internet]. ADEME. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ademe.fr/actualites/manifestations/semaine-europeenne-mobilite-2019>
38. COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE, SOIXANTE-CINQUIÈME SESSION. Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025 [Internet]. 2015 [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/283807/65wd09f\\_PhysicalActivityStrategy\\_150474\\_withCover.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/283807/65wd09f_PhysicalActivityStrategy_150474_withCover.pdf?ua=1)
39. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. PNNS\_2011-2015.pdf [Internet]. 2011. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/PNNS/Le-PNNS/Qu-est-ce-que-le-PNNS>
40. Ministère de la santé et des solidarités. SynthèsePNNS-AP-2.pdf [Internet]. 2001 [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/SynthesePNNS-AP-2.pdf>
41. Institut National du Cancer. Plan\_cancer\_2014-2019-PNRT.pdf [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
42. BIEN VIEILLIR PLAN NATIONAL - PDF [Internet]. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/185696-Bien-vieillir-plan-national.html>
43. Sport santé sur ordonnance à Strasbourg | Strasbourg.eu [Internet]. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.strasbourg.eu/sport-sante-sur-ordonnance-strasbourg>
44. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
45. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.

46. Ogilvie D, Foster CE, Rothnie H, Cavill N, Hamilton V, Fitzsimons CF, et al. Interventions to promote walking: systematic review. *BMJ*. 9 juin 2007;334(7605):1204.
47. Netgen. Promotion de l'activité physique au cabinet médical : où en sommes-nous en Suisse ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-135/32713>
48. Rollnick S, R.Miller W, C.Butler C. Pratique de l'entretien motivationnel. Communiquer avec le patient en consultation. InterEditions. 2009. 247 p.
49. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. juin 1983;51(3):390-5.
50. Dumesnil H, Saugeron B. AGGLOMÉRATION DE L'OUEST TOULONNAIS PREMIERS ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC. :35.
51. l'Observatoire Régional de la Santé - ORS Paca. Etats de santé et évolutions en région Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2016 [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: [http://www.sirsepaca.org/pdf/SIRSE\\_territoires/TERRITOIRE\\_REGION/note-etats-sante11012017.pdf](http://www.sirsepaca.org/pdf/SIRSE_territoires/TERRITOIRE_REGION/note-etats-sante11012017.pdf)
52. Lesage C. Facteurs de résistance à la prescription d'activité physique sur ordonnance : enquête auprès des médecins généralistes d'Indre et Loire [Internet] [Thèse de médecine générale]. [Tours]: Faculté de Médecine; 2016 [cité 10 juin 2018]. Disponible sur: [http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2016\\_Medecine\\_LesageCharles.pdf](http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2016_Medecine_LesageCharles.pdf)
53. Pellegrin N. Aide à la prescription d'activité physique : enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin [Internet] [Thèse de médecine générale]. [Lille 2]: Faculté de Médecine; 2014 [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: <http://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/58d7805f-73d6-4caa-a928-759a0853920d>
54. Reinert-Giraud C. COMMENT RÉSOUDRE LES DIFFICULTÉS DEPRESCRIPTION DEL'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR ORDONNANCE [Internet]. [Lyon]: Claude Bernard; 2014 [cité 1 août 2019]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/9367014-Http-creativecommons-org-licenses-by-nc-nd-2-0-fr.html>
55. LY L. Etude des motivations des patients à moyen et haut risque cardiovasculaire à pratiquer une activité physique dans le cadre d'un dispositif de sport sur ordonnance en médecine générale [Internet] [Thèse de médecine générale]. [Paris 6]: Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie; 2017 [cité 16 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/spip.php?article352>
56. Toupoint P. Freins à la pratique d'activité physique régulière chez les patients à risques cardio vasculaires. Etude activité physique en soins primaires. [Internet] [Thèse de médecine générale]. [Créteil]: Faculté de Médecine; 2013. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0616678.pdf>

57. Gasparini W. Sport\_santé sur ordonnance\_Une enquête sociologique au coeur du dispositif strabourgeois\_Gasparini\_oct\_2015.pdf [Internet]. 2015 [cité 1 août 2019]. Disponible sur: [https://f3s.unistra.fr/fileadmin/upload/sport/Recherche/Chaire\\_europeenne/Assises\\_europ.\\_Sport-sante\\_Gasparini\\_oct\\_2015.pdf](https://f3s.unistra.fr/fileadmin/upload/sport/Recherche/Chaire_europeenne/Assises_europ._Sport-sante_Gasparini_oct_2015.pdf)
58. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. Armand Colin. 2016.
59. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Armand Colin; 2007.
60. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 16 sept 2007;19(6):349-57.
61. TNS Opinion & Social. Sport et Activités Physiques - PDF [Internet]. 2010 [cité 2 août 2019]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/17202830-Sport-et-activites-physiques.html>
62. Masicampo EJ, Baumeister RF. Consider it done! Plan making can eliminate the cognitive effects of unfulfilled goals. *J Pers Soc Psychol*. 2011;101(4):667-83.
63. Liu M, Wu L, Ming Q. How Does Physical Activity Intervention Improve Self-Esteem and Self-Concept in Children and Adolescents? Evidence from a Meta-Analysis. Wallander JL, éditeur. *PLOS ONE*. 4 août 2015;10(8):e0134804.
64. How Health Affects a Child's School Performance [Internet]. UC Health - UC San Diego. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: [https://health.ucsd.edu/news/2006/Pages/04\\_07\\_Taras.aspx](https://health.ucsd.edu/news/2006/Pages/04_07_Taras.aspx)
65. Determinants related to gender differences in general practice utilization: Danish Diet, Cancer and Health Cohort. [Internet]. [cité 11 juill 2019]. Disponible sur: <https://reference.medscape.com/medline/abstract/27421064>
66. Marcacci A. Conseil et prescription de l'activité physique au cabinet médical. :41.
67. Antibioclic : Antibiothérapie rationnelle en soins primaires [Internet]. [cité 2 août 2019]. Disponible sur: <https://antibioclic.com/>
68. Sport Santé PACA - Toutes les offres Sport Santé de la région ! [Internet]. [cité 12 juill 2019]. Disponible sur: <https://paca.sport.sante.fr/>
69. scornebi#personnels-p5-ldap. DIU Santé, nutrition, activités physiques et montagne [Internet]. 2019 [cité 2 août 2019]. Disponible sur: <https://odf.parisdescartes.fr/fr/formations/feuilleter-le-catalogue/sciences-humaines-et-sociales-SHS/diplome-d-universite-1/diu-sante-nutrition-activites-physiques-et-montagne-program-diu-staps-sante-nutrition-activites-physiques-et-montagne.html>
70. Prescrire le Sport sur ordonnance : formation en ligne (MOOC) [Internet]. [cité 2 août 2019]. Disponible sur: <https://www.mooc-sportsante.com/presentation-du-mooc-prescrire-le-sport-sante-sur-ordonnance/>

71. HAS. memo\_entretien\_motivationnel.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo\\_entretien\\_motivationnel.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf)
72. La santé communautaire au coeur de la démarche participative [Internet]. santeparticipative. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: [https://www.sante-participative.org/sant\\_communautaire](https://www.sante-participative.org/sant_communautaire)

# **7 Annexes**

## **7.1 Mail de contact initial**

**Titre : Recueil de témoignages dans le cadre d'une thèse de médecine générale**

**Contenu du mail :**

Bonjour,

Je vous contacte aujourd'hui car vous avez un jour participé à un programme d'éducation thérapeutique dans le service d'endocrinologie de l'hôpital Sainte Musse à Toulon.

Je me présente, je suis Doriane Laval, interne en 9<sup>ème</sup> année de médecine générale. Je réalise ma thèse sur les freins des patients à la pratique d'activité physique adaptée à Toulon et le rôle du médecin généraliste dans l'entretien motivationnel et la poursuite de l'activité physique adaptée.

Je m'adresse à vous dans le but d'améliorer l'orientation des futurs patients vers une prise en charge par l'activité physique adaptée. Je cherche par là à comprendre vos motivations ainsi que vos craintes, prendre note de votre ressenti, des points négatifs et des améliorations que vous aurez à me proposer.

L'entretien se déroulera au sein de l'hôpital St Musse à Toulon, de l'hôpital de La Seyne sur Mer, dans les cabinets des Dr DURAND (Toulon), ALIMMI (Beausset), GUIDA (Saint Mandrier) ou directement chez vous selon votre souhait. Ceci est complètement gratuit et ne durera que quelques dizaines de minutes.

Vos témoignages et ressentis, qui resteront anonymes et à visée éducative, sont très importants pour moi et constitueront la matière première de ma thèse

Si vous êtes intéressés pour partager votre expérience et souhaitez que nous nous rencontrions, merci de me contacter en réponse à ce mail ou directement par téléphone. Je serai ravie de vous répondre à vos questions.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ce mail et vous prie d'agréer, Madame Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Bien Cordialement,

Doriane Laval

Interne de médecine générale

Mail : [doriane.laval3@gmail.com](mailto:doriane.laval3@gmail.com)

Tel : 06 77 45 92 97

## 7.2 Guide d'entretien

### A propos de l'activité physique adaptée.

Recueil d'opinions des participants du programme **MAATIS APAS'SPORT** de Toulon sur le programme.

- 1- Comment avez-vous été amené à participer à un programme d'éducation thérapeutique ? Comment cela s'est-il passé ?  
.....  
.....
- 2- Qu'est-ce que l'activité physique évoque pour vous ? A quoi pensez-vous quand on vous dit « activité physique » ? A quels mots associez-vous le plus la pratique d'une activité physique régulière ?  
.....  
.....
- 3- Pour quelles raisons vous paraît-il parfois difficile ou impossible d'avoir une activité physique régulière qu'elle soit intense ou modérée ?  
.....  
.....
- 4- Pratiquiez-vous des activités physiques avant qu'on vous propose de participer au programme d'activité physique adaptée ? Et dans votre enfance ?  
.....  
.....
- 5- Qu'est-ce qui vous a motivé à entrer dans le programme d'activité physique ? Qu'attendiez-vous initialement du programme ?  
.....  
.....
- 6- Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez finalement arrêté ?  
.....  
.....
- 7- Pouvez-vous nous donner votre avis sur le programme d'activités physiques adaptées proposées par l'association APAS'SPORT ?  
.....  
.....
- 8- Est-ce que vos encadrants vous ont apporté un bénéfice ressenti pendant vos séances ? L'avez-vous trouvé compétant dans son rôle ? (Pensez-vous qu'il y a un intérêt à ce que vos encadrants soient formés en Activités Physiques Adaptées en

santé ?)

.....  
.....

9- Qu'est-ce qui vous aurez motivé à continuer ? Quelles seraient vos suggestions pour améliorer ce programme ? (Est-ce que des supports vidéo aurait pu vous aider à poursuivre ? Est-ce que des cours à domicile aurait pu vous aider à poursuivre ?)

.....  
.....

10- Votre médecin généraliste traitant était-il au courant que vous aviez participé à un programme d'éducation thérapeutique ?

.....  
.....

11- Comment percevez-vous que le médecin traitant vous incite à faire des activités physiques ? (Pensez-vous que c'est son rôle ?)

.....  
.....

12- Avez-vous discuté avec lui de la poursuite d'activités physiques ?

.....  
.....

13- Vous a-t-il déjà donné une ordonnance avec une prescription d'activité physique adaptée ? Pour vous, est-ce qu'il y a une différence entre une ordonnance écrite et un conseil oral d'activité physique adaptée ?

.....  
.....

14- Pensez-vous qu'une consultation dédiée à l'activité physique vous aurait aidé à poursuivre ?

.....  
.....

15- Quels arguments avancés par votre médecin vous ont convaincu ou ont renforcé votre idée d'essayer de pratiquer une activité physique régulière ?

.....  
.....

### 7.3 Fiche de renseignements socio-économiques

**Fiche d'information :**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Age : .....  
Sexe : .....  
Profession : .....

**Mode de vie :**

- Célibataires sans enfant à charge
- Célibataires avec enfant(s) à charge
- Marié ou en couple sans enfant à charge
- Marié ou en couple avec enfant(s) à charge

Tabac : .....

Facteurs de risques cardiovasculaires : .....

Médecin généraliste traitant : .....

Temps de participation programme MAATIS APA : .....

Je me présente, je suis Doriane Laval, interne en 9<sup>ème</sup> année de médecine générale.

Je réalise ma thèse sur les freins des patients à la pratique d'activité physique adaptée à Toulon et le rôle du médecin généraliste dans l'entretien motivationnel et la poursuite de l'activité physique adaptée.

Je m'adresse à vous afin de pouvoir à terme améliorer votre orientation vers une prise en charge par l'activité physique adaptée. Vos témoignages et ressentis seront la matière qui me permettra de construire ma thèse.

Merci du temps que vous m'accordez pour répondre à ce questionnaire. Vos réponses seront enregistrées afin que je puisse les retravailler. Elles resteront anonymes et à des fins éducatives.

## **7.4 Recueil de consentement**

Je, soussigné(e) .....

Déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée : « Etude des freins des patients diabétiques et/ou obèses à la pratique d'activité physique adaptée. »

Sous la direction du Dr PERNOD Anne et avec accord du Dr DI COSTANZO Véronique.

Investigateur principal : LAVAL Doriane Interne de médecine générale (9 -ème année)

But de l'étude : Etudier les freins des patients à la poursuite d'activité physique adaptée via l'association MAATIS APA sport. Comprendre le rôle du médecin généraliste dans l'entretien motivationnel et la poursuite de l'activité physique adaptée.

Engagement du participant : L'étude va consister en un entretien semi dirigé avec enregistrements des réponses pour analyse.

Engagement de l'investigateur principal : En tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Liberté du participant : Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant : Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : Toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). Une demande auprès du comité de protection des personnes a été faite. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (titre I, articles 1,3,5 et 6 et titre II, articles 3, 9 et 20 du code de déontologie des psychologues, France).

Fait à le en 2 exemplaires

Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

## 7.5 Tableaux caractéristiques des patients

Patient	Sexe	Age	Profession	Mode de vie		Tabac	Facteur de Risque CV	IMC	Durée de Participation
1	F	60	Auxiliaire de vie	Divorcée	5 enfants	Absent	Obésité	31	1 an
2	F	48	Ancienne secrétaire	Divorcée	2 enfants	Absent	Obésité	29	2 ans
3	F	61	Conseillère funéraire	Mariée	1 enfant	Sevré	Diabète, dyslipidémie	27	3 ans
4	F	64	Retraitée	Divorcée	1 enfant	Sevré	Obésité	32	2 ans
5	F	31	Comptable	Célibataire	Sans enfant	Absent	Antécédant familiaux Diabète, hyper TG	30	2 ans
6	F	58	Invalidité (auxiliaire de vie)	Mariée	3 enfants	Absent	Diabète	38	2ans
7	F	56	Bénévole dans l'associatif	Divorcée	4 enfants	Oui	Diabète, dyslipidémie, HTA	25	2 ans
8	H	69	Retraité, éducateur	Mariée	2 enfants	Absent	Diabète, dyslipidémie, HTA	36	Quelques mois
9	H	66	Retraité, chef de chantier	Veuf	Sans enfant	Sevré depuis 17 ans	Diabète, HTA	32	1 an et demi
10	H	56	Sans activité	Marié	3 enfants	Absent	Obésité	30	3 ans
11	F	67	Retraité	Divorcée	1 enfant	Sevré depuis 30 ans	Obésité	28	2 ans
12	F	56	Invalidité (auxiliaire de vie)	Divorcée	2 enfants	Sevré depuis 15 ans	Dyslipidémie	27	<1an
13	F	56	Ancienne secrétaire, sans emploi	Divorcée	2 enfants	Sevré depuis 18 ans	Dyslipidémie	32	3 ans
14	F	75	Retraitée	Veuve	3 enfants	Absent	Diabète, HTA, dyslipidémie	28	6/8mois
15	F	62	Retraitée, enseignante	Mariée	Sans enfant	Absent	HTA, Dyslipidémie, SAOS	35	2 ans
16	H	67	Gérant société bâtiment	Marié	2 enfants	Sevré depuis 22 ans	Diabète, HTA	34	2 ans
17	F	52	Invalidité	Célibataire	Sans enfant	Sevré depuis 1 an	Obésité	33	2 mois

## 7.6 Déclaration à la CNIL

# DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

### 1 Déclarant

<b>Nom et prénom ou raison sociale :</b> LAVAL Doriane	<b>Sigle (facultatif) :</b>
<b>Service :</b>	<b>N° SIRET :</b>
<b>Adresse :</b> RUE FRAGONARD BAT B	<b>Code APE :</b>
<b>Code postal :</b> 83000 <b>Ville :</b> TOULON	<b>Téléphone :</b> 0677459297
<b>Adresse électronique :</b> DORIANE.LAVAL@LAPOSTE.NET	<b>Fax :</b>

### 2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

<b>N° de référence</b>
MR-1 Recherches dans le domaine de la santé avec recueil du consentement

### 3 Personne à contacter

Veillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

<b>Votre nom (prénom) :</b> LAVAL Doriane	
<b>Service :</b>	
<b>Adresse :</b> RUE FRAGONARD, BAT B	
<b>Code postal :</b> 83000 - <b>Ville :</b> TOULON	<b>Téléphone :</b> 0677459297
<b>Adresse électronique :</b> DORIANE.LAVAL@LAPOSTE.NET	<b>Fax :</b>

<b>Raison sociale :</b>	<b>N° SIRET :</b>
<b>Sigle (facultatif) :</b>	<b>Code NAF :</b>
<b>Adresse :</b>	
<b>Code postal :</b> <b>Ville :</b>	<b>Téléphone :</b>
<b>Adresse électronique :</b>	<b>Fax :</b>

## **7.7 Demande CPP/comité d'éthique.**

Date et numéro de version du protocole : 09/08/2019. Version numéro 1.

Conformité de cette demande d'avis avec la procédure prévue au II de l'article R.1123-20 du code de la santé publique (une réponse négative à l'un des quatre critères ci-dessous signifie que vous ne relevez pas de cette procédure) :

– cette recherche comporte uniquement des données recueillies par questionnaire (s) ou entretien (s) :

**oui**

– cette recherche n'a aucune conséquence pour les personnes participantes que ce soit en termes de sécurité ou de modification de la prise en charge habituelle : **oui**

– cette recherche est dénuée de risque et les inconvénients pour les personnes participantes à la recherche sont négligeables : **oui**

– le recueil et le traitement des données mis en œuvre dans cette recherche sont conformes à la méthodologie de référence MR003 homologuée par la CNIL : **oui**

Titre de la recherche : « **Etude des freins des patients diabétiques et/ou obèses à la poursuite d'activité physique adaptée via une association dédiée.** »

Numéro d'enregistrement (ID-RCB) : **2019-A02204-53.**

Pour les thèses et travaux universitaires indiquer obligatoirement les coordonnées du responsable scientifique (directeur de thèse ou de mémoire) :

Nom : PERNOD

Prénom : Anne

Et Fonction : Médecin généraliste

Courriel : **annepernod@orange.fr**

Adresse : 424, Rue de Lisbonne, 83500 La Seyne sur Mer

Téléphone : 04 94 71 46 39

Investigateur ou, le cas échéant, investigateur coordonnateur :

Nom : Laval

Prénom : Doriane

Et Fonction : Interne de médecine générale

Courriel : doriane.laval@laposte.net

Adresse du lieu principal de la recherche : Rue Fragonard, résidence Fragonard, bat B 83000 Toulon

Téléphone : 0677459297

II. – Contexte et justification de la recherche : rationnel présentant le contexte et les hypothèses de la recherche :

En PACA, 4% de la population présente un diabète et près de 12 % de la population souffre d'obésité. La pratique d'une APA (activité physique adaptée) dans le cadre des recommandations permet, outre les bénéfices attendus dans la population générale, de diminuer la mortalité cardio vasculaire liée à ces pathologies et de prévenir l'apparition du diabète. Or l'APA, véritable traitement, est peu et mal préconisé par les professionnels de santé et peu pratiqués par les patients pour des raisons psycho sociales et économique. Dans le VAR, à Toulon, le service d'endocrinologie du CHITS a identifié la pertinence de cette action, dans une optique à la fois préventive et thérapeutique a mis en place depuis 2009, en poursuite des programmes d'éducation thérapeutique, une structure originale et innovante : APAS sport, visant à promouvoir l'activité physique adaptée. Depuis le décret du 30 décembre 2016, " le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, au capacités physiques et aux risques médical du patient " et l'APA sport est un outil pour faciliter cela. Or, il a été observé que malgré une participation aux programmes d'éducation thérapeutique, certains patients ne poursuivent pas la pratique d'APA. Il serait donc intéressant d'étudier pourquoi ces patients n'ont pas poursuivi leur activité physique adapté et quel aurait pu être le rôle du médecin généraliste dans le maintien la motivation et la poursuite de l'APA (outil à mettre en place pour poursuivre cela ?). Et ceci dans le but d'améliorer la prise en charge des patients et de développer le rôle fondamental des médecins généralistes dans la prévention et l'éducation des patients en relation avec les spécialistes. L'activité physique adapté étant le premier traitement à développer en cas de diabète et d'obésité dans le cadre des mesures hygiéno diététiques.

III. – Objectifs et critères de jugement :

A. – Objectif principal de la recherche et critère de jugement principal (maximum 750 signes)

Déterminer les freins des patients diabétiques à la poursuite de l'activité physique adaptée via l'APA sport après un programme d'éducation thérapeutique bien mené.

B. – Objectif (s) secondaire (s) et critère (s) de jugement secondaire éventuels (maximum 1500 signes)  
Analyser notamment le rôle qu'aurait pu avoir le médecin généraliste dans la poursuite du programme d'activité physique adaptée.

IV. – Organisation de l'étude :

– Description synthétique du schéma d'étude (maximum 750 signes)

Analyse qualitative des freins des patients ayant bénéficié d'un programme d'éducation thérapeutique à la poursuite d'activité physique adaptée, rôle du médecin généraliste dans la motivation et la poursuite du programme d'activité physique adaptée

Population : Analyse sur 3 ans des patients sortis des programmes d'éducation thérapeutique avec arrêt de l'activité physique adaptée. Sélection d'au moins 15 patients sur des critères variés pour cibler une population large et représentative.

Recueil de données : Entretiens semi dirigés sur : les freins qui ont amenés les patients à arrêter l'APA, le rôle qu'aurait pu avoir le médecin généraliste dans la poursuite de cela, de quoi le patient aurait eu besoin pour continuer

B. – Méthodologie des questionnaires / entretiens : – **questionnaire (s)**

Modalités de passation :

– questionnaire administré par : **téléphone ; face à face ;**

– questionnaire administré en : **une fois** Type de questionnaires : **validé**

– si validé, indiquer l'origine de la validation : directrice de thèse Dr Pernod, endocrinologue Dr Di Costanzo, éducatrice APA sport Mme GUIEU

– entretien (s) Modalités de réalisation : – **entretien individuel**

– entretien réalisé en : **face à face ; téléphone ;**

– entretien réalisé : **une fois ;**

Type d'entretien : **semi-directif ;**

Enregistrement : **oui** Si enregistrement : **audio ; respect du droit à l'image** (la personne a été informée qu'elle serait enregistrée et a donné son consentement à la captation de son image/de sa voix).

– Trame de l'analyse statistique et/ou références du biostatisticien responsable **Pas d'analyse statistique : il s'agit d'une étude qualitative.**

V. – Informations relatives à la mise en œuvre de la recherche :

– type de lieu où doit se dérouler la recherche (exemple : service hospitalier, cabinet médical, école...) : à leur convenance : chez eux, hôpital de la Seyne sur Mer, cabinet des Dr Durand et Alimi.

– durée prévisionnelle de la recherche : 3 mois

– durée prévisionnelle de participation par personne : 20 à 30 minutes

– la recherche implique-t-elle en plus un recueil de données rétrospectives : **non** 26 décembre 2018

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 29 sur 216

– personnes incluses dans la recherche : Nombre de personnes interrogées : 17

Critères d'inclusion : avoir été inscrit à l'association MAATIS APA Sport et ne pas s'être réinscrit l'année 2018/2019.

Critères d'exclusion secondaire : La recherche inclut-elle des personnes ne présentant aucune affection ?  
**non**

Modalités de recrutement des personnes interrogées : par mail ou conversation téléphonique

Modalités d'information et de traçabilité de la non- opposition :

– inconvénients pour les personnes incluses dans la recherche :

Durée prévisionnelle du recueil de données par entretien ou questionnaire pour un participant : 20 à 30 minutes

Durée prévisionnelle totale de participation à la recherche pour un participant si le recueil de données est réalisé en plusieurs fois (durée entre l'inclusion et le dernier recueil de données) : Temps de transport maximal estimé pour les participants si applicables : pas de temps de transport.

## 7.8 Entretien 5

Patiente 5 :

Entretien réalisé au cabinet du Dr Durand à Toulon. Il s'agit de la patiente la plus jeune que j'ai été amenée à voir depuis le début. Elle a presque mon âge donc l'entretien est facile, j'ai vraiment l'impression de discuter sans forcément avoir besoin de mes relances. Elle développe d'elle-même ce qui lui tient à cœur et est réfléchi dans ses réponses. Elle est toujours en activité.

Doriane : Premièrement comment avez-vous été amenée à participer à un programme d'éducation thérapeutique ? Vous avez été en contact avec le Dr D. c'est cela ?

Patiente 5 : Oui c'est ça, j'ai fait la semaine d'hospitalisation. Comment j'ai été amené... euh... j'étais allée voir une endocrinologue, le Dr S., qui est à l'hôpital de Hyères. Voilà, ben parce que je m'interrogeais s'il n'y avait quand même pas un dérèglement hormonal, du fait que je prenne tout le temps du poids. Que je n'arrive pas à en perdre. Et donc elle m'avait parlé des programmes. Il y avait ce programme à Sainte Musse. Et elle m'avait dit qu'il y avait aussi éventuellement le recours à une chirurgie. Mais elle, ce n'était pas ce qu'elle me conseillait de faire.

D : D'accord, donc elle préférerait que vous alliez déjà voir à la semaine d'éducation thérapeutique...

P.5 : Oui et donc c'est comme cela qu'elle m'a aidé à faire un dossier. Mon dossier a été assez vite accepté en 2-3 mois. Et après j'ai fait la semaine.

D : D'accord... et donc avant de faire partie de l'association MAATIS APA sport, vous faisiez du sport ? De l'activité physique ? Dans votre enfance ?

P.5 : Alors dans l'enfance non. C'est vrai qu'en analysant, je me suis rendu compte que mon frère lui, il était inscrit à des cours de judo, des choses comme ça. Et que moi, mes parents ne s'en sont jamais occupés. Alors que j'ai toujours été, ben assez ronde quoi. Et après, moi j'aimais bien aller à la piscine, mettre des palmes, des choses comme ça. Mais c'est vrai que ce n'était pas de façon régulière.

D : Oui vous n'étiez pas inscrite à un club, ce genre de choses ...

P.5 : Non

D : Et sinon, dans la vie quotidienne, vous marchez ? Vous avez l'impression d'être active ?

P.5 : Pas beaucoup.

D : Vous êtes limitée par quoi ?

P.5 : En fait je travaille dans la zone industrielle de la Garde donc déjà, cheminement piéton, il n'y en a quasiment pas. C'est très dangereux de se déplacer à pied dans la zone. C'est quelque chose qu'ils sont en train d'étudier. Voilà, donc en plus j'habitais à Hyères donc 15 km pour aller travailler, ce n'est pas faisable à pied. Après oui aller me balader de temps en temps, le week-end, ça je le fais. Je le faisais aussi. Mais c'est vrai qu'après le programme de la semaine, je me suis un peu liée d'amitié avec une personne et on essayait un peu tous les week-ends d'aller marcher. Mais bon après voilà, lui il s'est séparé. Il a rencontré une nouvelle personne, donc la vie fait qu'on y va un peu moins régulièrement puisqu'il est plus pris par sa vie personnelle.

D : Donc ça vous a permis de ce côté-là, de faire des rencontres, donc c'était un point positif ?

P.5 : Oui voilà.

D : Donc si je vous parle d'activité physique, qu'est-ce que cela évoque pour vous ? Quand je dis cela ?

P.5 : Ben c'est hyper large, ça peut aller de la marche à pied, pour se déplacer dans la journée comme cela peut être vraiment faire du sport, aller à la piscine, faire de la gym...

D : Et comme ressenti, si vous deviez l'associer à certains mots ? Qu'est-ce que cela vous fait ressentir quand on vous parle d'activité physique ? Ce sont plutôt des sentiments positifs, négatifs ?

P.5 : C'est plutôt positif. Après c'est vrai qu'avec le poids, on ne peut pas tout faire. C'est-à-dire qu'on m'a parlé d'activités de cross fit et tout. Enfin moi cela ne me semble pas réalisable. Voilà, parce qu'il y a quand même les

articulations. Je sais que mon médecin m'a déconseillé, même, m'a interdit certains sports. Une fois je lui ai parlé de la zumba. Il m'a dit la zumba, tu oublies. Les à-coups sur les genoux, ce n'est pas pour toi. J'ai déjà eu une entorse du genou et des chevilles d'ailleurs. Donc il m'a dit voilà... Par contre piscine il est à fond pour. Les sports violents, même courir, lui il me déconseille ça. Pour les articulations. Donc c'est vrai que, c'est vrai que c'est quand même plutôt bénéfique, parce que je vois que ça m'apporte beaucoup de choses. Quand j'ai eu fait de

l'activité avec APA sport, et que j'allais marcher tous les week-ends, j'avais perdu un peu de poids, et quand j'ai arrêté, ben progressivement, je l'ai repris. Donc c'est vrai que l'activité physique a un impact sur le poids et c'est indéniable.

D : Et sinon, autrement que l'effet sur le corps, niveau mental, vous ressentiez quelque chose ou pas spécialement ?

P.5 : Oui parce que maintenant, je suis capable de faire des randonnées ou il y a un peu de dénivellé. Et j'y arrive. Donc il y a cette satisfaction, d'arriver au fur et à mesure à faire des choses ou on n'y arrivait pas avant. Et puis, même quand je vais à la piscine, j'ai remarqué qu'après le soir, je dors bien.

D : Ok donc vous ressentez des bienfaits.

Et pour quelles raisons parfois, il vous paraît difficile de pratiquer des activités physiques ? Vous en avez déjà un peu parlé, les limitations que vous ressentez physiquement mais encore... ?

P.5 : Euh oui dans certains sports qui vont être un peu extrêmes, ça va être des limitations physiques. Après je trouve que le problème, c'est le temps. Voilà, c'est que je ne fais pas un 35h, je fais largement plus. Donc après quand j'ai fait l'APA sport, les cours de sport, au mieux, ils étaient à 17h, ce qui est trop tôt. Mais après je comprends que ce soit une association, qu'ils n'arrivent pas forcément à trouver des salles de libre et des personnes qui peuvent animer les cours. Quand on travaille c'est compliqué. Voilà c'est le temps que cela prend. Parce qu'après il faut aussi penser à se faire à manger. Ça prend aussi du temps. Donc des fois voilà en fin de journée...

Par exemple hier je voulais aller à la piscine, mais comme je suis enrhumée et que la piscine est en extérieur. Je me suis dit si c'est pour attraper encore plus mal que ce que je suis. Donc voilà des fois...alors que bon marcher ça irait encore. Mais bon voilà là il fait nuit assez tôt. Donc l'été c'est plus jouable.

D : Donc il y a des contraintes plutôt horaires on va dire, c'est surtout cela qui joue pour vous. Et qu'est-ce qui vous avez motivé à rentrer dans l'association vraiment ?

P.5 : C'était de pouvoir faire du sport justement, parce qu'avant cela, quand on parlait de sport, je voyais les salles de sport lambda. Donc en fait, qui sont avec des gens la plupart du temps, qui sont plutôt minces, qui sont plutôt en bonne santé. Donc un effet un peu décourageant. Alors

que là c'était adapté justement aux personnes en surpoids. Donc et aussi voilà, pouvoir échanger avec des personnes, ben qui ont le même problème. Parce qu'au final en fait, quand on a un problème de poids, on se sent souvent assez seul. Soit parce que dans la famille, il n'y a pas de personnes en difficultés, soit parce que les amis ne sont pas en difficultés, et au final on est donc un peu seul. Donc rencontrer des gens avec qui on peut échanger. Il y a des gens qui me donnaient des recettes, ou des fois on me disait, ah là moi je vais aller marcher tel jour ! Tu veux venir ? Don ça faisait un peu, un effet cohésion.

D : Ça c'était important pour vous ? ça rentrait largement dans...

P.5 : Et puis il y avait des personnes qui savaient... la plupart c'étaient des étudiants en STAPS, donc ils avaient quand même des notions de ... ce qu'on peut demander à une personne selon son physique.

D : Ça c'était important justement ? Que les enseignants qui étaient la soient formés justement ? Vous avez trouvé, vous avez vu la différence par rapport à ce que vous connaissiez déjà ?

P.5 : Fut un temps, j'étais allée dans une salle de sport, donc au début, il y avait une espèce de coach...

Mais je ne me sentais pas comprise...

D : Car ce n'était pas adapté à vous ?

P.5 : Voilà !

D : Vous avez senti qu'ils faisaient des efforts là ?

P.5 : Après moi comme je suis jeune, je n'ai pas forcément de grosses difficultés, mais il y avait des personnes plus âgées. Des personnes qui avaient subis des opérations de l'estomac. Par exemple, qui ne pouvaient pas faire certains exercices. Et ils leur trouvaient... ils laissaient les autres faire l'exercice et ils lui trouvaient un exercice adapté.

D : Donc c'était vraiment personnalisé !

P.5 : Oui voilà.

D : Et vous attendiez quoi vraiment du programme ? En faisant ces activités physiques vous aviez vraiment un objectif ? Des attentes derrière ?

P.5 : Ben il y avait au moins perdre du poids, remuscler. Donc oui c'était essentiellement cela ; essayer de perdre du poids, et de bouger. Parce que là vraiment depuis une petite année, je commence à sentir, malgré mon âge que le poids commence à avoir des effets. J'ai très

souvent mal en bas du dos. J'ai quand même de temps en temps un peu mal aux genoux. Et je me dis j'ai que 31 ans et c'est vrai que...

D : Oui ça vous fait un peu peur...

P.5 : J'entendais des personnes à l'hôpital, qui disaient, moi je veux maigrir pour ma santé. Moi je n'en étais pas là...Mais...

D : Oui ça commençait à cheminer un peu. Et vous, vous avez été opérée ?

P.5 : Non non.

D : Et donc les raisons pour lesquelles vous avez arrêtés finalement ?

P.5 : Alors la première année, ça s'est assez bien passé, c'était un étudiant. Et en fait la deuxième année c'était une étudiante, et en fait elle venait de Marseille. Je ne sais pas pourquoi elle n'était pas en STAPS à la Garde. Ça c'était l'organisatrice de l'association qui voyait. Et en fait la jeune femme annulait très souvent les séances, et elle annulait mais des fois une heure ou deux avants. C'est-à-dire que je m'étais préparée, la veille j'avais un peu plus travaillé, pour pouvoir me dégager du temps, j'avais mon sac de sport avec mes affaires de gym ; pour qu'au final, deux heures avant on me dise, je suis malade. Ben oui, mais bon en général, on n'est pas malade une heure avant. Donc voilà, ça c'était un peu embêtant, du coup je n'avais pas mes affaires de piscine, sinon j'aurais pu me dire ben finalement, tu vas à la piscine. Il y avait un problème d'organisation. Donc voilà elle annulait, une fois elle est venue, elle n'avait pas les clefs de la salle. Et c'était une salle en plus...c'était un gymnase à la Valette, pas chauffé, donc l'hiver il faisait un froid impossible et l'été c'était très très chaud.

D : Donc c'était une combinaison de facteurs...

P.5 : Oui voilà, cette jeune femme elle ne venait pas, l'organisatrice de l'association n'avait pas l'air au courant. Et elle n'était pas très présente. Donc au final faire des sms pour dire : « ah elle n'est pas venue, pourquoi ? ». Donc c'était un peu embêtant.

Et parfois...il avait réussi la première année, il y avait des groupes de niveaux qui s'étaient un peu formé. Parce que c'est vrai, quand on a 30 ans, être avec des personnes qui ont 55 ans, ben forcément, on n'a pas la même énergie. Pas peut être aussi la même envie. Donc des fois, le premier il arrivait à faire un peu des exercices... Dire voilà, il y a ¼ personnes, là vous faites ça et les autres ça.

Parce ce que, ce qui était bien aussi dans ce programme, dans le programme de sport, il y

avait des gens qui étaient opérés de l'estomac et qui faisaient du sport pour s'entraîner et donc c'est vrai que ça boostait un peu parce qu'eux ils avaient, ils ont plus d'énergie quoi, donc c'est vrai que ça tirait un peu vers le haut. Alors qu'après voilà, la deuxième année, c'était un peu tout le monde faisait la même chose. Ce n'était pas pareil, il y avait cet effet de motivation qui était moins là.

D : Et vous étiez tous types d'âge ?

P.5 : Ça allait ... moi je faisais vraiment partie, en général des plus jeunes, vraiment la plus jeune personne que j'avais vu, elle devait avoir 23 ans. Ça allait jusqu'à quasiment 70 ans.

D : Et hommes et femmes ?

P.5 : C'étaient essentiellement des femmes quand même.

D : Je le remarque parce c'est vrai ce sont plus des femmes qui me répondent.

Et donc du coup sur le programme d'activité physique, vous vous faisiez quoi globalement ?

P.5 : C'était de la gym en fait, c'est à dire que l'on faisait, on faisait de la marche un peu rapide, levé de genoux... On faisait souvent des exercices avec des ballons, tout ce qui était savoir rattraper quelque chose. Parce que je sais que le premier, avec les personnes plus âgées, il avait l'idée de faire en sorte, qu'ils sachent appréhender la chute. Et donc justement, rattraper un objet, des fois nous mettre un peu dans des situations d'équilibre, un peu précaire.

D : Et si vous deviez me donner votre avis, globalement, qu'est-ce que vous en pensiez du programme d'activité physique ?

P.5 : En fait les activités, dit comme cela, au début cela semblait simple voire trop simple. Mais en fait petit à petit, il corsait les choses, on faisait des pompes au mur. Après quand on était un peu plus doué on les faisait au sol, en étant sur les genoux.

D : Donc vous aviez l'impression d'une certaine progression c'est cela ? C'était assez gratifiant pour vous ?

P.5 : Oui et puis voilà, lui il essayait de se dire, voilà, ils arrivent à faire cela donc la semaine d'après je leur fait faire ça, il arrivait aussi à ... parce que voilà il y avait aussi des gens qui étaient très assidus qui venaient tout le temps puis après il y avait des gens qui venaient quand ça les chantait. Don c'est vrai que cela crée aussi pour l'enseignant des problèmes. Puisque en fait à un moment donné si les gens ils ne viennent pas pour tous les cours, ils n'ont pas la même progression que les autres ; forcément. Mais

après c'était gratifiant de voir que l'on progressait.

Puis il nous a fait faire un exercice, il fallait qu'on marche pendant... il nous a fait faire cela sur le parking de la ou on était, avec des plots, et il fallait qu'on marche pendant un certain nombre de minutes, sans s'arrêter, au rythme maximum, sans être essoufflé. Et il l'avait fait au début et à la fin de l'année et c'est vrai que tout le monde avait progressé, avait fait plus de mètre.

D : Et donc du coup globalement vous les aviez trouvés compétents les encadrants ? C'étaient des étudiants c'est cela ?

P.5 : Oui oui globalement et ils étaient à l'écoute, ce n'est pas comme dans une salle classique, ou on va nous dire allez fait plus, plus vite. Voilà si on disait : "là j'ai mal" alors il essayait de réfléchir pourquoi on avait mal à telle partie du corps.

D : D'accord, oui finalement ils jouaient bien leur rôle en tant qu'éducateur en activité physique adaptée.

P.5 : A la fin des séances, on faisait des étirements, des choses comme ça, pour aussi ne pas avoir après des courbatures.

D : Qu'est ce qui aurait pu vous motiver à continuer ?

P.5 : Peut-être plus de régularité de la part des enseignants, puis en fait c'est que les salles, elles sont très éparpillées donc moi j'habite Hyères, donc il y avait une salle à la moutonne, mais c'était en pleine journée. Donc avec le travail... Je ne peux pas me permettre de poser une demi-journée de repos pour un cours de sport qui en plus pourrait être annulé. Donc c'est compliqué. Les seules salles où il y avait un peu le soir, en fait, c'était la Valette, et c'était Toulon Sainte Musse à la maison des services.

Après je sais sinon, qu'il y a une association qui est en lien, à la Seyne, qui propose des cours, 3 à 4 fois par semaine, avec des cours adaptées, mais c'est une salle de la ville apparemment. Mais moi, aller à la Seyne, c'est trop loin, traverser Toulon, c'est trop compliqué.

D : Est-ce que vous auriez des suggestions vous, qu'est-ce que vous auriez aimé ? Des cours un peu plus tard ?

P.5 : Oui des cours un peu plus tard globalement.

D : Et s'il y avait, par exemple d'autres supports ? Des cours par vidéos ?

P.5 : Non pas spécialement. Puis justement d'avoir un enseignant c'est bien. Des fois, on faisait des erreurs, et il nous disait : non là ce

n'est pas la bonne position, faut se mettre comme cela... C'est vrai que ça c'est important, parce que déjà on a trop de poids, si on se blesse en faisant du sport... Ça donne encore moins envie d'en faire, et ça handicape en plus. Peut-être aussi, vu que c'étaient des étudiants, ils n'étaient pas assez chapeautés. C'est-à-dire que même eux, ils devaient venir avec leur propre matériel. Après je crois que la deuxième année, l'association avait pu acheter un peu de matériel. Parce qu'il y avait une question de subvention. Ce n'était pas simple. Mais je sais que la première année, il avait acheté des élastiques, ce qui n'est pas simple, il était étudiant.

D : Et votre médecin traitant, est-ce qu'il était au courant de tout cela ? Que vous aviez participé à une semaine d'éducation thérapeutique ? Que vous faisiez partie de l'association ?

P.5 : Oui je lui en ai parlé. Après il n'est pas hyper impliqué dans le poids, dans tout cela.

D : Vous n'avez pas forcément trouvé qu'il était parti pour discuter avec vous pendant des heures de tout cela...

Comment vous percevez -même si le vôtre ne le fait peut-être pas- que votre médecin traitant vous incite à faire de l'activité physique ?

P.5 : Ce serait plutôt motivant, après... En fait c'est vrai que ben des fois, on a besoin d'être un peu orienté, de savoir... qu'on nous dise va voir à tel endroit, contacte telle personne, et enfin cela, je sais que mon médecin traitant, je ne le vois pas du tout faire cela

D : Mais vous seriez potentiellement en demande s'il vous proposait des choses ?

P.5 : Ben oui.

D : Et vous avez discuté avec lui de la poursuite d'activité physique ? Au moment où vous avez décidé d'arrêter ?

P.5 : Non je ne lui en ai pas parlé.

D : La du coup vous ne faites plus rien ? (Mis à part la marche). Vous ne vous êtes pas réinscrite ?

P.5 : Non... Ben de temps en temps je vais à la piscine, la marche à pied...

D : Ok donc des activités que vous pouvez faire vous-même sans supervision.

P.5 : Après des fois je me dis qu'à la maison je pourrais essayer de faire, ne serait-ce qu'un peu de gainage, on faisait aussi tout bêtement, le maintien en position chaise, contre un mur. Mais en fait à la maison, je me rends compte qu'il y a toujours d'autres choses à faire, que ce soient les tâches ménagères, faire à manger etc. Ou

même ben regarder la télé, aller sur internet, il y a toujours quelques choses qui vient nous donner l'envie de faire autre chose plutôt que de l'activité physique

D : Donc j'imagine qu'il ne vous a jamais donné de prescriptions écrites d'activité physique ?

P.5 : Non jamais.

D : Et est-ce que pour vous, il y aurait une différence entre des conseils écrits ou oraux ? Comme maintenant le médecin peut prescrire de l'activité physique.

P.5 : Ben si ça reste dans un programme un peu adapté, parce que si c'est me dire, va à telle salle de sport ... ça ne m'aidera pas forcément.

D : Et est-ce que vous trouveriez utile que votre médecin vous reconvoque - même si le vôtre n'a pas l'air dans cette optique- pour des consultations consacrées à l'activité physique ?

P.5 : Oui...

D : Vous avez du mal à vous projeter parce qu'il n'est pas du tout dans cette optique-là ?

P.5 : Oui... après il trouve souvent des solutions, moi j'ai fait un burn out et les médicaments qu'il m'a proposés, ça a très bien fonctionné. Par contre quand j'ai voulu arrêter et qu'il m'a dit comment faire, ce n'était pas la meilleure des solutions. C'est-à-dire qu'il me l'a fait arrêter un peu rapidement et pendant une semaine, j'ai eu beaucoup d'effets secondaires. Et quand je lui ai parlé des effets secondaires, il avait l'air de s'en fiche totalement, il m'a dit : bon ben maintenant, ça va mieux. Donc c'est vrai que je n'arrive pas trop à l'imaginer faire cela. Par exemple, pour tout ce qui est diététique, je préfèrerais aller voir une diététicienne.

Quelqu'un dont c'est le domaine.

D : D'accord quelqu'un de plus formé spécifiquement...

P.5 : Oui, lui-même est en surpoids donc après c'est aussi... ça génère un peu un manque de crédibilité.

Donc... c'est vrai que là, votre question est difficile parce que je n'arrive pas trop à imaginer. Après c'est sûr que s'il me donnait un rendez-vous, j'irais.

D : Par exemple, là vous typiquement, vous avez arrêté alors que vous trouviez que c'était bénéfique pour vous. Si vous aviez pu en discuter avec votre médecin traitant. Réfléchir pourquoi vous avez arrêté, comment vous auriez pu continuer ...Ça aurait pu vous aider ?

P.5 : Oui

D : Et quels sont les arguments qui vous convainquent le plus de faire de l'activité physique ?

P.5 : Par exemple en passant une semaine à l'hôpital, on est quand même coupé de la famille, on est vraiment dans cette optique de mieux manger, de faire du sport, de perdre du poids. En fait on est vraiment, mentalement, on est prêt à écouter le message. Et donc forcément quand quelqu'un arrive et vous dit, moi j'ai des salles, j'ai des intervenants. C'est tel jour, c'est telle heure, à tel endroit. Ben en fait ça devient facile d'adhérer et après bon, une fois qu'on a fait la première séance, la deuxième séance, il y a quand même un peu un climat de confiance qui s'installe avec le professeur et aussi ben de se dire il faut que j'y aille. Parce qu'en générale, on était des groupes, au plus on était peut-être huit et des fois, on se retrouvait, on était 3, ben si on n'y va pas, si un tel n'y va pas non plus, ben le prof il va venir pour rien. D'un côté il y a une certaine responsabilité se dire, voilà je me suis engagée à y aller, il faut que j'y aille. Donc il y a aussi cela qui que ... c'est comme la piscine, elle est en libre accès donc j'y vais quand je veux mais si j'étais en club, peut être que je resterais plus, à y aller plus régulièrement.

D : Et du coup, le fait d'avoir eu une semaine comme cela, cela vous a paru important ? Une semaine d'éducation thérapeutique, c'était important pour vous ? Il y a eu un déclic ?

P.5 : Oui puis voilà, en alimentation, on était limité à ce dont on avait besoin. J'ai déjà vu des diététiciennes, des nutritionnistes, on vous donne un papier avec ce que vous devez faire. Et après les personnes ne sont pas là à la maison pour vérifier si on le fait correctement. Alors qu'à l'hôpital, on a le plateau de l'hôpital et rien d'autre. Au pire du pire, on avait la machine, le distributeur automatique à bonbons, en bas mais voilà on essayait de jouer le jeu.

D : D'accord et tout à l'heure vous évoquiez le fait que pour certaines personnes, la santé jouait le jeu de l'élément motivateur, pour vous ce n'était pas tant le cas ?

P.5 : Pour moi c'était plus la perte de poids et se sentir mieux. Même niveau souplesse, je ne suis pas très souple donc voilà c'est quelque chose ... et me sentir plus à l'aise dans mon corps aussi. Même, ça pourrait même être une question de mental aussi. Je pense que j'essaie de pouvoir atteindre des objectifs qui n'était pas faisable avant, des choses comme ça, c'était intéressant.

Et puis ça on le voyait les deux qui venaient moins régulièrement, ben après elle ne sont plus venues parce qu'en fait elles n'avaient pas notre niveau donc soit elles galeraient, soit si on se mettait à leur niveau, on s'ennuyait. Donc comme quoi en fait, de faire du sport régulièrement, on arrive à se dépasser et à progresser.

D : Donc là vous avez eu l'illustration de ce qu'on dit en théorie, si on le pratique, c'est le cas. Vous avez d'autres remarques à faire ?

P.5 : Ben c'est vrai qu'en sport adapté, il n'y a pas grand-chose. Jusque-là les médecins traitants...ça m'arrive d'avoir des soucis d'ordre digestif. Mon médecin il va me donner des traitements, mais il ne va pas s'intéresser à qu'est-ce que la cause ? Qu'est-ce que tu as mangé pour avoir des soucis digestifs il ne va pas ... il voit que le problème : j'ai mal au ventre et il va me donner quelque chose pour le ventre...

D : D'accord ...Et c'est vrai qu'il n'y a pas tellement d'offre...

P.5 : Oui il y a une certaine frustration...

D : Oui là par exemple si vous vouliez rattaquer...

P.5 : Après je connais l'appa sport je pourrais reprendre en cours de route. Mais après je ne connais rien d'autre. Moi jusque-là j'étais à l'aise financièrement. Bon là je suis en cours de

séparation mais si on m'avait demandé de mettre ne serait-ce que 10 euros tous les mois, ça ne m'aurait pas gêné. Donc peut être de faire un système de cotisation en fonction des revenus. Parce que bien sûr il y a des gens dans des situations un peu précaires qui ne peuvent pas se payer des séances de sport. Mais ça pourrait être un moyen de leur faire rentrer de l'argent et de pas devoir attendre tout le temps après la cpm ou d'autres organisme qui financent.

Et puis aussi je pense que la prise en charge psychologique est aussi importante, ceux qui allaient se faire opérer c'était obligatoire. Il y avait une psychologue donc c'était soit on prenait rdv avec elle donc en tarif normaux ou soit on trouvait quelqu'un en dehors. Il y a souvent cette image que les gens en surpoids sont dans le besoin financièrement. Alors que ce n'est pas forcément le cas.

Donc il faut aussi essayer de développer des choses en fonction de ça.

## 7.9 Entretien 8

Patient 8 :

N'ayant eu aucune réponse d'homme à mes mails, j'ai commencé à les démarcher par téléphone. Ce patient est le premier homme à m'avoir répondu par la positive. L'entretien se déroule chez lui, à sa convenance. C'est un monsieur d'un certain âge, bavard, enclin à répondre à mes questions et très touchant. Il se propose même de contacter des gens qu'il connaît pour moi. Je comprends que l'activité physique adaptée a joué un grand rôle dans sa vie. Ou quand la médecine peut redonner un peu goût à la vie...

Doriane : Comment avez été amené à participer au programme d'éducation thérapeutique ?

Patient 8 : Par le Dr D, l'endocrinologue.

D : Vous la voyez en consultation pour le diabète ?

P.8 : Oui je la vois tous les six mois pour le diabète. Et c'est là... parce que moi j'avais le Dr V. avant, il est parti à la retraite. Et c'est lui qui m'a conseillé Dr D., qui est à l'hôpital, donc je suis allé la voir, pour le suivi, et c'est là qu'elle m'a dit qu'il y avait cette association et elle m'a demandé si je voulais participer, je lui ai dit aucun problème. Je suis allé 2 ou 3 jours à Sainte Musse.

D : Avant cela vous faisiez de l'activité physique ?

P.8 : Oui !

D : Vous faisiez quoi ?

P.8 : Je marchais énormément, je faisais beaucoup de vélo.

D : Et votre travail était physique ?

P.8 : Oui je marchais énormément dans la journée.

D : Et dans votre enfance ?

P.8 : J'ai joué au ballon jusqu'à l'âge de 30 ans, et puis après j'ai arrêté.

D : Et le diabète ?

P.8 : Alors le diabète, je l'ai eu à l'âge de 18 ans, et comme un imbécile je m'en suis occupé à l'âge de 49 ans quand j'ai eu mes stents.

D : C'était déjà connu à l'âge de 18 ans ?

P.8 : Oui j'ai mes deux frères qui sont diabétiques et ma mère qui était diabétique. Et ma grand-mère est morte d'un coma diabétique. C'est un diabète héréditaire.

D : Quand je vous dis activité physique, ça évoque quoi pour vous ?

P.8 : La marche, le vélo, rameur, gym, tout.

D : Et donc là ce sont des types d'activités physiques que vous me citez, sinon au niveau plutôt ressenti, à quel mot vous associez cela ?

P.8 : Le bien-être, pour ma santé surtout, parce que quand j'ai fait mon infarctus en 2015, entre temps j'ai perdu ma femme, j'ai décollé de 35 kg. Je suis parti en barigoule et puis petit à petit, je me suis remis au sport.

D : Et le Dr D. vous la voyez depuis combien de temps ?

P.8 : Le Dr V. il est parti en retraite depuis 2/3 ans. Ça doit faire 2/3 ans que je la vois.

D : Donc pile au moment où elle développait l'association... Pour quelles raisons vous paraît-il parfois difficile de faire de l'activité physique ?

P.8 : Des fois je ne suis pas trop en forme, j'ai un peu mal de partout, mais j'essaie de me forcer quand même. Tous les jours je vais marcher, j'essaie de bouger. Et là mon chirurgien m'a dit que de la marche.

D : Ah oui par rapport à vos opérations, là c'est que de la marche. Et qu'est-ce qui vous avez motivé initialement à rentrer dans le programme d'activité physique ?

P.8 : Je n'ai pas été trop motivé... je l'ai fait par rapport à Mme Di Costanzo. Elle me l'a demandé et j'ai dit oui pourquoi pas. J'avais le temps.

D : Et vous en attendiez quelque chose ou pas spécialement ?

P.8 : J'attendais...d'être en pleine forme physique...

D : Et vous avez l'impression que cela a changé des choses pour vous ?

P.8 : Oui ça a changé ma vie. Ça a changé ma vie par rapport au décès de ma femme.

D : Ça vous a remonté le moral ?

P.8 : Oui ça m'a remonté le moral et pas mal de trucs...

D : Donc finalement le bénéfice n'était pas tant physique...enfin les deux sont liés.

P.8 : Ben le physique aussi mais le plus c'était le moral.

D : Et donc les raisons pour lesquels vous avez finalement arrêtés, vous me les avez dit, c'était l'opération.

P.8 : Oui je l'ai vu il y a 15 jours et je lui ai demandé si je pouvais reprendre les activités. Il m'a dit pas question, uniquement de la marche, parce que je fais peut-être un rejet à la plaque

qu'il m'a mis. Il m'a donné un traitement et si ça ne va pas, je vais repasser sur la table d'opération. Parce que j'ai encore mal et parfois je n'arrive pas à faire mes gaz et ça viendrait de là.

D : Et qu'est-ce que vous pensiez des activités que l'on vous proposait ?

P.8 : Le programme était bien, le seul problème qu'il y a, c'est qu'à la salle Delfino, il y a trop de monde. Par exemple, vous attendez pour faire du vélo, des fois ¾ d'heure, parfois autant pour faire du rameur. Il y a trop de personnes.

D : Et ce sont uniquement des gens qui font de l'activité physique adaptée ?

P.8 : Les lundi, mardi, jeudi et vendredi ce sont uniquement les patients du Dr D.

D : Et est-ce que vous avez trouvé que vos encadrants étaient bien ?

P.8 : Oui ils expliquent bien !

D : Et vous avez trouvé qu'ils s'adaptaient à vous ?

P.8 : Oui oui, ils vous disent pour tirer les altères et tout ça..., ils vous expliquent bien, ça il n'y a aucun problème. Ils font aussi, mais ça moi je n'y vais pas, comme je suis inscrit dans d'autres associations. Ils font le chalet aussi, ils font de la marche.

D : Et vous dites que vous êtes inscrits dans d'autres associations, ce sont des associations d'activités physiques aussi ?

P.8 : Je suis à BPCO var, je ne sais pas si vous connaissez ? Par rapport...c'est Mme...c'est le poumon, c'est Mme P. C'est pour l'amiante et tout. Elle a monté une association et tout, on est encadré tous les 15 jours par des médecins. Il y a des personnes qui ont de l'oxygène, donc il y a les prestataires de l'oxygène. On est vraiment bien encadrés. On fait de la marche, des exercices adaptés et puis après une fois, - bon ça c'est tous les 15 jours-, une fois par semaine on va marcher avec des personnes qui s'occupe de nous. Et une fois par semaine, ça c'est le jeudi, on fait de la gym. Mais là vous êtes vraiment, vraiment encadrés, très très bien encadrés, parce qu'il y a des toubibs.

D : Il y a des patients un peu plus lourds peut être ? Comme il y en a qui ont l'oxygène ?

P.8 : Il y a des patients un peu plus lourds et j'ai remarqué, qu'il y a beaucoup de patients qui sont plus confiants quand il y a le docteur à côté. Il y a des sorties ou on est moins encadrés par les médecins et là il n'y a moins de personne.

D : Et du coup, ce sont des pneumologues qui travaillent avec le Dr P ?

P.8 : Oui oui, c'est une association de pneumologue qui s'est montée.

D : D'accord, je ne connaissais pas vous voyez. Et qu'est ce qui aurait pu vous motiver à continuer ? C'est de ne pas avoir été opéré si j'ai bien compris ?

P.8 : Continué, c'est pour, parce que je me répète toujours, je n'avais pas accepté la mort de ma femme. J'ai perdu ma femme. Ma femme elle se lève, elle me dit « chéri, je suis fatiguée, je ne peux pas aller travailler ». Et après le docteur, on appelle le docteur, il l'a fait rentrer directement en soins palliatifs. 48h après, le docteur il m'appelle, il me dit votre femme elle en a pour 3 semaines, un mois. Il me dit il faut que vous soyez courageux. Elle est morte d'un cancer foudroyant. La veille on avait mangé au restaurant. Ça m'a carrément... [larmes aux yeux] ... donc les activités que je fais, c'est par rapport à elle, pour continuer à avancer.

D : Et à part l'autre association de pneumologie, vous faites autre chose ? Ce qui est déjà bien !

P.8 : Après je suis dans une autre association ou je fais de la marche.

D : Vous faites beaucoup de choses ! Et le cout des associations ?

P.8 : Ce n'est pas trop élevé, après c'est une question d'habitude, moi ça ne me gêne pas, je suis à la retraite. La plupart des personnes ils sont à la retraite. Après chez le Dr D, il y en a qui travaillent, ils ne viennent pas toute la semaine, ils doivent venir une fois par semaine.

D : Et vous pensez que le coup ça peut en gêner certains ?

P.8 : Parce qu'il y en a qui ont des petites, petites retraites ! Payez 75 euros, ils ne peuvent pas. Après 75 euros l'année ça ne fait pas beaucoup vous me direz. Je paie 120 euros pour la marche et BPCO var je paie ni plus ni moins que 10 euros. C'est subventionné par un organisme.

D : Et vous, est-ce que par exemple des cours vidéo ça pourrait vous intéresser ?

P.8 : Non pas du tout, moi je veux voir du monde.

D : Ok ok, et vous votre médecin traitant, il était au courant de tout cela ?

P.8 : Oui oui, parce qu'avant mon médecin c'était le Dr H, j'ai perdu le Dr H, j'ai perdu aussi le gastro, ils sont tous décédés, tous des bons docteurs qui étaient encore en activités. Avec le Dr N, il était plus dans la recherche...ça a bien changé ma vie ça aussi.

D : Et comment vous percevez que le médecin généraliste vous incite à faire de l'activité physique ?

P.8 : Bahhh il m'incite à faire cela, parce qu'il me connaît très bien. Pour tout vous dire, j'avais tenté de mettre fin à mes jours. Donc il m'a dit, il faut faire des activités, il faut remonter tout cela !

D : Et donc vous avez discuté avec lui de la poursuite ?

P.8 : Oui à chaque fois que je le vois, on en discute un peu, je suis resté pendant plus de 3 ans avec un psy, là je ne vais plus le voir, pour moi ce n'est plus la peine.

D : Oui vous allez mieux...Et est-ce qu'il vous a déjà donné une prescription écrite d'activité physique ?

P.8 : Non

D : Et est-ce que pour vous, ça changerait quelque chose ?

P.8 : Ah oui oui, ça peut changer, si j'ai un truc écrit pour faire autre chose. Parce qu'après dans les salles ou on est, c'est toujours répété, c'est toujours la même chose ! Ce que j'aimerais bien, c'est de trouver une association ou on fasse autre chose.

Parce que dans les associations ou je suis c'est toujours un peu pareil, la gym... donc je me lasse un peu, j'y vais, je le fais, mais après c'est un peu lassant, je ne serais pas contre changer un peu d'activité.

D : Et est-ce que vous ça vous intéressez, si un jour votre médecin généraliste il vous convoque pour vous parler activité physique et nutrition ?

P.8 : Oui. Après je ne sais pas, c'est un médecin qui est très fort et donc il est débordé donc peut-être qu'il n'aurait pas le temps.

D : Et les arguments, avancés par votre médecin, qui vous ont plus convaincu de faire de l'activité physique, c'était quoi ?

P.8 : Alors le plus, le vélo, l'activité, ça c'était par mon cardiologue, Dr B. Après mon infarctus. Après j'ai fait 3 mois de rééducation à René sabran. Et... il m'ont dit, il faut faire beaucoup

d'activité, de la marche, du vélo...faire le régime, pendant le truc, c'est comme cela que j'ai commencé

D : D'accord donc c'est ça qui a initié et après vous avez vu le Dr D...

P.8 : En fait quand j'avais le Dr X, lui il ne m'a jamais proposé de faire de l'activité...jamais jamais ! Lui c'était plutôt pique sous on va dire qu'autre chose. Je n'ai pas honte de le dire.

D : Et niveau prévention, vous aviez l'impression que les docteurs vous en parlaient ?

P.8 : Mes docteurs, quand je faisais les analyses, il me disait, il faut faire attention à ça, de toute façon j'ai toujours fait le régime, il y a que le dimanche que je fais des écarts, je bois mon whisky. Et je mange des gâteaux. Et après en semaine je fais attention. Là le Dr D, elle m'a supprimé l'insuline. C'est que mon diabète je suis à 7,5%. Et elle m'a dit qu'il faudrait que je sois vers 6-7%

D : Et justement, depuis que vous faites de l'activité physique, vous avez vu le changement sur les taux ? Ça vous motive ça ?

P.8 : Oui, oui. Bon il y en a dans le groupe qui ne font aucun régime, moi je sais que pour mon bien être il faut que je fasse le régime et de l'activité.

D : D'accord donc vous, vous associez plus cela à votre santé ?

P.8 : Oui et puis l'activité physique, je me dis, Jean Paul, c'est comme si tu devais travailler. Et après des fois, je fais que de la marche, là je ne fais pas de vélo, je ne fais pas d'autres activités. Ça me manque énormément, mais le chirurgien il ne veut pas.

D : Bon en tout cas, pour vous, cela a été bénéfique !

P.8 : Oh oui, la seule chose, je vous dis c'est qu'à la salle Delfino, il y a trop de monde, il faudrait faire le lundi il y ait tant de personnes, le mardi, tant de personnes, que ce soit plus cadré. Parce que les deux profs, ils ne peuvent pas s'occuper de tout le monde.

## **8 Abréviations**

AP : Activité Physique

APA : Activité Physique adaptée

CHITS : Centre Hospitalier Intercommunal Toulon La Seyne Sur Mer

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DT2 : diabétique de type 2

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé INSEE : Institut

National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : Interpretative Phenomenological Analysis

MG : Médecin généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

MET : Metabolic Equivalent Task

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement,

et du travail ARS : Agence(s) Régionale(s) de Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PAMA : Plan d'action pour les mobilités actives 21

PNSE : Plan National Santé Environnement

INCA : Institut National du Cancer

HAS : Haute autorité de santé

MAATIS APA : Médecine Art et Approches Thérapeutiques Innovantes en santé

CV : Cardiovasculaire

ALD : Affection de Longue Durée

CSP : Code de la Santé Publique

DPC : Développement Personnel Continu

TPM : Toulon Provence Méditerranée

COREQ: Consolidated criteria for Reported Qualitative Research

## 9 Résumé

Introduction : L'activité physique est désormais reconnue scientifiquement pour ses différents bénéfices tant au niveau de la santé physique que psychique. Depuis le décret du 30 décembre 2016, " le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et aux risques médicaux du patient ". Il a été observé que malgré une inscription à l'association d'activité physique adaptée MAATIS APA sport, certains patients ne poursuivent pas la pratique d'APA.

Objectif : Déterminer les freins des patients obèses et/ou diabétiques à la poursuite d'activité physique adaptée via l'association MAATIS APA SPORT. L'objectif secondaire étant de voir le rôle du médecin généraliste dans le maintien de la motivation à travers l'œil de ces patients.

Matériel et méthode : Etude qualitative réalisée à partir de 17 entretiens semi dirigés auprès de patients diabétiques et/ou obèses ne s'étant pas réinscrit à l'association MAATIS APA Sport pour l'année 2018/2019.

Résultats : Les freins des patients à la poursuite d'une activité physique adaptée via l'association MAATIS APA sport sont relatifs à des facteurs individuels tels que le manque de motivation, le manque de temps, les événements de vie, le manque de confiance en soi. Ils sont également relatifs à leur santé physique (douleurs, surcharge pondérale invalidante, pathologies somatiques) et mentale (perte de moral, pathologies psychiatriques) et relèvent de facteurs environnementaux et organisationnels ainsi que de facteurs limitants relevant de problèmes collectifs et sociaux (liés aux couts, aux difficultés d'intégration au groupe). Le médecin généraliste a un rôle à jouer mais qui est perfectible d'après les patients. La majorité des patients n'a pas parlé de leur arrêt d'activité physique avec lui. L'entretien motivationnel a donc sa place et des consultations de suivi régulières devraient être proposées pour un renfort motivationnel au long cours. La formation des praticiens devrait être orientée en ce sens.

Conclusion : Ces résultats montrent le rôle que pourrait avoir le médecin généraliste dans la poursuite de l'APA par les patients diabétiques et/ou obèses de l'association MAATIS APA sport. En effet le manque de motivation est un des freins principaux et les patients reconnaissent ne pas avoir consultés leur médecin généraliste pour lui parler de leur arrêt. Un suivi plus régulier et des entretiens motivationnels pourraient améliorer la prise en charge des patients et leur changement de comportement en santé.

MOTS-CLES : étude qualitative, prescription d'activité physique, activités physique adaptée, affection longue durée, diabète, obésité, freins, motivations, médecine générale, entretien motivationnel.

## 10 Abstract

**Introduction:** Physical activity is now scientifically recognized for its various benefits in terms of both physical and mental health. Since the decree of 30 December 2016, "physicians can prescribe a physical activity adapted to the pathology, the physical capacities and the medical risks of the patient." However, it has been observed that despite enrolment in the association of physical activity adapted MAATIS APA, some patients do not continue the practice of APA.

**Objective:** To determine the obstacle of obese and / or diabetic patients in the pursuit of adapted physical activity via the dedicated MAATIS APA SPORT association. The secondary objective is to determine the role of the general practitioners in maintaining motivation of these patients.

**Methodology:** Qualitative study based on 17 semi-directed interviews with diabetic and / or obese patients who have not re-enrolled in the MAATIS APA Sport association for the year 2018/2019.

**Results:** The obstacle of the patients in pursuit of an adapted physical activity via the MAATIS APA sport association are related to individual factors such as lack of motivation, lack of time, life events, and lack of confidence. They are also related to their physical health (pain, incapacitating weight loss, somatic pathologies) and mental health (loss of morale, psychiatric pathology) and related to environmental and organizational factors, as well as limiting factors related to collective and social problems (related to costs, difficulties of integration into the group). The general practitioner has a role to play but it can be improved according to the patients. Indeed, the majority of patients did not talk about the end of their physical activity with the practitioner. Motivational interviewing is useful and regular follow-up consultations should be offered for long-term motivational reinforcement.

**Conclusion:** These results show the role that the general practitioner could have in the pursuit of APA by diabetic and / or obese patients of the MAATIS APA sport association. In fact, lack of motivation is one of the main obstacles and patients acknowledge that they have not consulted their general practitioner to talk about their discontinuation. More regular follow-up could improve patient care and behaviour change in health.

**KEYWORDS:** qualitative study, prescription of physical activity, adapted physical activity, long-term condition, diabetes, obesity, brakes, motivations, general medicine, motivational interview.

# SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



# Résumé

Introduction : L'activité physique est désormais reconnue scientifiquement pour ses différents bénéfices tant au niveau de la santé physique que psychique. Depuis le décret du 30 décembre 2016, " le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et aux risques médicaux du patient ". Il a été observé que malgré une inscription à l'association d'activité physique adaptée MAATIS APA sport, certains patients ne poursuivent pas la pratique d'APA.

Objectif : Déterminer les freins des patients obèses et/ou diabétiques à la poursuite d'activité physique adaptée via l'association MAATIS APA SPORT. L'objectif secondaire étant de voir le rôle du médecin généraliste dans le maintien de la motivation à travers l'œil de ces patients.

Matériel et méthode : Etude qualitative réalisée à partir de 17 entretiens semi dirigés auprès de patients diabétiques et/ou obèses ne s'étant pas réinscrit à l'association MAATIS APA Sport pour l'année 2018/2019.

Résultats : Les freins des patients à la poursuite d'une activité physique adaptée via l'association MAATIS APA sport sont relatifs à des facteurs individuels tels que le manque de motivation, le manque de temps, les événements de vie, le manque de confiance en soi. Ils sont également relatifs à leur santé physique (douleurs, surcharge pondérale invalidante, pathologies somatiques) et mentale (perte de moral, pathologies psychiatriques) et relèvent de facteurs environnementaux et organisationnels ainsi que de facteurs limitants relevant de problèmes collectifs et sociaux (liés aux couts, aux difficultés d'intégration au groupe). Le médecin généraliste a un rôle à jouer mais qui est perfectible d'après les patients. La majorité des patients n'a pas parlé de leur arrêt d'activité physique avec lui. L'entretien motivationnel a donc sa place et des consultations de suivi régulières devraient être proposées pour un renfort motivationnel au long cours. La formation des praticiens devrait être orientée en ce sens.

Conclusion : Ces résultats montrent le rôle que pourrait avoir le médecin généraliste dans la poursuite de l'APA par les patients diabétiques et/ou obèses de l'association MAATIS APA sport. En effet le manque de motivation est un des freins principaux et les patients reconnaissent ne pas avoir consultés leur médecin généraliste pour lui parler de leur arrêt. Un suivi plus régulier et des entretiens motivationnels pourraient améliorer la prise en charge des patients et leur changement de comportement en santé.

MOTS-CLES : étude qualitative, prescription d'activité physique, activités physique adaptée, affection longue durée, diabète, obésité, freins, motivations, médecine générale, entretien motivationnel.