



HAL
open science

Attentes et intentions des patients suivis pour une maladie chronique devant la prescription d'activité physique par un médecin généraliste : étude qualitative auprès de patients en Ille-et-Vilaine, et Morbihan

Loïc Bourriquen

► To cite this version:

Loïc Bourriquen. Attentes et intentions des patients suivis pour une maladie chronique devant la prescription d'activité physique par un médecin généraliste : étude qualitative auprès de patients en Ille-et-Vilaine, et Morbihan. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02555926

HAL Id: dumas-02555926

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02555926>

Submitted on 27 Apr 2020

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

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



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Loïc BOURRIQUEN

Né le 09/12/1988 à SOY AUX (16)

**Attentes et intentions
des patients suivis pour
une maladie chronique
devant la prescription
d'activité physique par
un médecin généraliste.**

Etude qualitative auprès de
patients en Ille et Vilaine, et
Morbihan.

Thèse soutenue à RENNES

le Mardi 2 Avril 2019

devant le jury composé de :

François CARRE

PU-PH en Médecine du sport au CHU de
Rennes / *Président*

Isabelle BONAN

PU-PH en Médecine Physique et
Réadaptation
au CHU de Rennes / *juge*

Éric MENER

Professeur associé de médecine générale,
Université de Rennes / *juge*

Vincent DANIEL

Spécialiste en Médecine générale et du
sport au CHU de Rennes / *juge*

Frédéric BEUNEUX

Spécialiste en Médecine générale à
Vern sur Seiche / *directeur de thèse*

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Loïc BOURRIQUEN

Né le 09/12/1988 à SOYAUX (16)

**Attentes et intentions
des patients suivis pour
une maladie chronique
devant la prescription
d'activité physique par
un médecin généraliste.**
Etude qualitative auprès de
patients en Ille et Vilaine, et
Morbihan.

Thèse soutenue à **RENNES**

le **Mardi 2 Avril 2019**

devant le jury composé de :

François CARRE

PU-PH en Médecine du sport au CHU de
Rennes / *Président*

Isabelle BONAN

PU-PH en Médecine Physique et
Réadaptation
au CHU de Rennes / *juge*

Éric MENER

Professeur associé de médecine générale,
Université de Rennes / *juge*

Vincent DANIEL

Spécialiste en Médecine générale et du
sport au CHU de Rennes / *juge*

Frédéric BEUNEUX

Spécialiste en Médecine générale à
Vern sur Seiche / *directeur de thèse*

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

NOM	PRENOM	TITRE	Sous-section CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Éric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie générale
BOUGET	Jacques	Pr Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRISOT	Pierre	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Pr Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

NOM	PRENOM	TITRE	Sous-section CNU
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT	Jean-Claude	Pr Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Pr Associé	Cardiologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermatovénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	PU-PH consultant	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

NOM	PRENOM	TITRE	Sous-section CNU
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE GUEUT	Mariannick	PU-PH consultant	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Pr Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

NOM	PRENOM	TITRE	Sous-section CNU
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Pr Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MENER	Éric	Pr Associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MICHELET	Christian	Pr Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Pr Associé	Epistémologie clinique
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Pr Associé	Médecine générale
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RICHARD DE LATOUR	Bertrand	Pr Associé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

NOM	PRENOM	TITRE	Sous-section CNU
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Pr Associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie générale
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET	Françoise	Pr Associé	Médecine générale
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Éric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Éric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELMI	Amedeo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER	Romain	MCU-PH	Urologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NAUDET	Florian	MCU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
RENAUT	Pierrick	MC Associé	Médecine générale
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	MCU-PH	Neurologie
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

REMERCIEMENTS

Aux président et membres du jury,

À Monsieur le Professeur François CARRE,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect, et de mes remerciements les plus sincères.

A Madame la Professeur Isabelle BONAN,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Éric MENER,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Je suis très honoré de votre disponibilité, et de vous avoir comme membre de mon jury.

A Monsieur le Docteur Vincent DANIEL,

Merci pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail, des prémices de sa réalisation à ce jour par votre présence.

A Monsieur le Docteur Frédéric BEUNEUX,

Merci d'avoir su me guider dans la réalisation de cette thèse, et dans ma formation à vos côtés. Votre capacité d'écoute, et vos qualités professionnelles ont inspiré ce travail. J'espère qu'il se montrera utile à nos pratiques futures.

Aux médecins généralistes, et à tous les participants de cette étude ayant accepté de m'accorder de leur temps, et d'y contribuer. Un remerciement particulier au Dr Sophie CHA pour l'intérêt porté à ce sujet.

À toutes celles et ceux qui ont contribué à la relecture de cette thèse.

A mes maîtres de stage, à tous ces professionnels qui m'ont accompagné, et à mon père. Vous m'avez fait découvrir et aimer la médecine générale que je souhaite exercer demain.

A toute ma famille présente et absente, et à ma belle-famille, pour leur gentillesse et leur soutien. Et en particulier à mes parents et mon frère, pour leur amour, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui.

A Maude, mon épouse, pour ton soutien et ton amour au quotidien, et pour cette famille dont nous rêvons tous deux. A ces nouvelles aventures !

A tous ces amis précieux, de l'enfance à ce jour, et qui font partie de ma vie. A tous ces moments qui nous restent à partager ensemble !

J'espère que ce travail saura vous intéresser.

Quentin, je crois que tu es le suivant...

LISTE DES ABREVIATIONS

AIT : Accident Ischémique Transitoire.

ALD : Affection Longue Durée.

AMELI : Assurance Maladie En Ligne.

APA : Activité Physique Adaptée.

ARS : Agence Régionale de Santé.

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive.

CHU : Centre Hospitalier- Universitaire.

ETP : Education Thérapeutique du Patient.

HAS : Haute Autorité de Santé.

HTA : Hypertension artérielle.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques.

MDV : Mode De Vie ou statut marital du patient.

Nx : Entretien référencé selon un numéro « x ».

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	9
LISTE DES ABREVIATIONS	10
RESUME.....	12
ABSTRACT	13
INTRODUCTION.....	14
MATERIEL ET METHODES	15
RESULTATS.....	16
I. Caractéristiques des patients interrogés :.....	16
II. Analyse des résultats :	16
A. Généralités :.....	16
B. Critères de choix d'une activité physique adaptée (Annexe 7)	16
C. Attentes et intentions des patients concernant la prescription d'activité physique.....	17
D. Propositions des patients pour promouvoir l'activité physique en général	25
DISCUSSION.....	27
I. Forces et limites de l'étude :	27
II. Discussion des résultats :	28
A. Promouvoir l'APA en médecine générale : une approche en 4 phases.	28
B. Prescrire ou conseiller de l'activité physique : une intervention adaptée au patient	29
C. Accompagner le patient vers un changement de comportement : l'approche motivationnelle en consultation de médecine générale	29
D. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) : une intervention structurée.....	30
E. Promouvoir l'activité physique par le médecin généraliste, les collectivités et l'Etat.....	30
CONCLUSION	32
REFERENCES	33
ANNEXES.....	35
A. Annexe 1 : Affiche à destination des cabinets médicaux.	35
B. Annexe 2 : Protocole de l'étude à destination des patients recrutés (page 1).....	36
C. Annexe 3 : Guide d'entretien initial de l'investigateur.....	38
D. Annexe 4 : Questionnaire complémentaire.....	39
E. Annexe 5 : Formulaire de consentement.	40
F. Annexe 6 : Caractéristiques des patients interrogés (Tableau 1).....	41
G. Annexe 7 : Arbres thématiques sur les bénéfices, freins et autres critères de choix.....	42

RESUME

Introduction : La prescription d'activité physique par les médecins généralistes a fait ses preuves en termes de qualité de vie, de morbi-mortalité et de rapport coût-bénéfice. Ce travail explore l'opinion et les attentes des patients atteints d'une maladie chronique quant à la prescription d'activité physique, et au rôle de leur médecin généraliste.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés. Les critères d'inclusion étaient l'âge de 18 à 64 ans, et l'existence d'une affection longue durée (ALD).

Résultats : Quatorze patients ont participé entre Mai et Novembre 2018. Cette étude montrait qu'ils étaient relativement ouverts à la prescription d'activité physique à condition d'y voir un bénéfice concret sur leur pathologie, leur traitement ou leur santé en général. Cette intervention relèverait bien du rôle du médecin traitant, même si d'autres prescripteurs ont été suggérés. Le conseil oral et l'échange étaient préférés à la prescription écrite d'activité physique. L'accompagnement de l'activité physique relèverait plus des compétences d'un professionnel spécialisé recommandé par le prescripteur.

Discussion : La promotion de l'activité physique ne devrait pas se limiter à la seule prescription médicale. Si cette prescription est utile et semble bien acceptée, elle ne représenterait pas l'attente principale des patients atteints d'une maladie chronique. Une approche motivationnelle spécifique à l'activité physique adaptée pourrait être développée pour les accompagner vers un changement de comportement. Elle pourrait s'associer à un programme structuré d'Education Thérapeutique du Patient.

Mots-clés : Prescription d'activité physique, Maladie chronique, Médecine Générale, Etude qualitative

ABSTRACT

Background : Physical activity on prescription by general practitioners has proven its benefits in term of quality of life, morbidity-mortality and cost-effectiveness. This work explores the expectations and point of view from patients attending chronic disease about the prescription of physical activity, and their general practitioner's role.

Method : A qualitative study was conducted using semi-directed individual interviews. The inclusion criteria were the age from 18 to 64 years old, and the presence of a long affection.

Results : Fourteen patients participated between May and November 2018. This study showed that they were quite responsive to a prescription of physical activity provided they see a concrete benefit on their pathology, their treatment or their general health. This intervention should be part of the general practitioner's role, even if other prescribers were suggested. Oral counselling and discussion were preferred to a written prescription of physical activity. Coaching was expected from other competent professionals recommended by the prescriber.

Conclusions : Promoting physical activity should not be reduced to medical prescription. If this prescription is efficient and seems to be well accepted, it would not represent the patients attending chronic disease's main expectation. Motivational interviewing specific to adapted physical activity could be developed to carry behaviour changing. It could be associated to a Therapeutic Patient Education's structured program.

Key-words : Physical activity on prescription, Chronic disease, General practitioner, Qualitative study

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère la sédentarité comme le quatrième facteur de risque de mortalité au niveau mondial, soit approximativement 3,2 millions de décès par maladies non transmissibles (1). Elle recommande aux adultes âgés de 18 à 64 ans de consacrer 150 minutes d'activité physique modérée hebdomadaire (ou équivalent) afin de diminuer le risque de cardiopathie ischémique, d'accident vasculaire cérébral, de diabète de type 2, d'hypertension, de cancer du côlon, de cancer du sein et de dépression (2). L'intérêt d'une activité physique régulière a aussi été démontré en prévention secondaire dans le cadre de maladies chroniques ou de personnes âgées (3-6).

La prescription d'activité physique par les médecins généralistes est une méthode de prévention ayant fait ses preuves en termes de qualité de vie, de morbi-mortalité à court et moyen termes, et de rapport coût-bénéfice dans d'autres pays tels que la Nouvelle Zélande (7-9), l'Australie (10), la Suède (11) et le Royaume-Uni (12, 13).

En Janvier 2016, la prescription d'activité physique sur ordonnance fait l'objet d'une campagne de promotion en France dans le cadre de la loi de modernisation sociale. Elle précise que le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée (APA) à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient dans le cadre du parcours de soins d'une affection de longue durée (ALD) (14). Les conditions de sa dispensation ont ensuite été définies en Décembre 2016 et Mars 2017 (15, 16). Les médecins généralistes se sentent concernés par la promotion de l'activité physique, mais plusieurs études montrent leurs réserves à utiliser cette prescription (17). L'impact de la prescription leur semblerait plus marqué en cas d'intervention pluridisciplinaire faisant intervenir d'autres professionnels du sport ou de la santé (17).

D'après l'étude « Baromètre Santé Nutrition » réalisée en 2008 en France, un tiers des adultes ne connaissent pas les recommandations, et ont un niveau d'activité physique insuffisant (18). Entre 2014 et 2016, un adulte sur cinq cumulait un niveau de sédentarité élevé et un niveau d'activité physique bas (19). Une étude française descriptive réalisée en 2014 à Marseille montrait que 74 % de la population analysée affirmait pratiquer une activité physique régulière. Si 66% reconnaissaient que les ordonnances d'activité physique semblaient utiles, 69 % ne ressentaient pas le besoin d'être encouragé par leur médecin traitant (20).

Compte tenu des discordances qui peuvent exister entre les bénéfices démontrés de la prescription de l'activité physique par les médecins généralistes, et les difficultés de motivation des patients, on peut s'interroger sur leur point de vue sur la question. Peu d'études publiées en France explorent l'opinion des patients porteurs d'une maladie chronique quant à la prescription d'activité physique par leur médecin traitant. Dans la continuité du projet de loi santé, ce travail s'intéresse donc aux attentes et intentions des patients suivis au titre d'une Affection Longue Durée (ALD), devant la prescription d'APA par leur médecin généraliste. Selon les patients, cette intervention ferait-elle partie du rôle et des compétences de leur médecin traitant ?

MATERIEL ET METHODES

Une étude qualitative exploratoire a été conduite de Mai à Novembre 2018. La méthode de recherche qualitative a été choisie pour analyser l'opinion, mais aussi la perception des patients, et leurs représentations. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été préférés au focus groupe. Les patients inclus devaient être volontaires, âgés de 18 et 64ans, et suivis pour une affection longue durée (ALD). Un échantillon cible de 15 patients avait été estimé compte tenu de la taille de la population d'étude.

Le recrutement a été réalisé dans des cabinets médicaux de Rennes et sa métropole. Un écart de protocole a permis d'inclure secondairement des patients de la ville de Lorient. Les patients étaient informés par des affiches dans les salles d'attente (Annexe 1), puis recrutés par leur médecin généraliste. Ces médecins avaient été contactés par mail, ou faisaient partie de l'entourage professionnel de l'investigateur. Ils n'avaient pas de formation particulière en médecine du sport. Une information écrite sur le protocole de l'étude était remise aux patients inclus (Annexe 2). Ils étaient contactés par l'investigateur après un délai de réflexion, afin d'organiser une rencontre à leur convenance dans un lieu souhaité neutre.

Les entretiens ont été conduits par l'investigateur sur une période de 6 mois. Ils s'appuyaient sur un guide d'entretien (Annexe 3) composé de questions ouvertes, et établi au préalable à l'aide de la littérature. Des correctifs ont été apportés après un premier entretien exploratoire, et relecture par le directeur de thèse. Un questionnaire complémentaire anonyme s'intéressait aux caractéristiques de l'échantillon (Annexe 4). Le questionnaire de Ricci et Gagnon a été choisi pour évaluer le niveau d'activité physique des sujets, après avis auprès du Dr Vincent Daniel, médecin du sport. Les entretiens ont été enregistrés par deux dictaphones sous format numérique, et strictement anonyme. Ils ont été ensuite retranscrits en totalité par informatique à l'aide des logiciels Word et NVivo 12.

Le Comité d'éthique du CHU de Rennes avait donné son accord au protocole de recherche le 28/04/2018 (Avis n°18.19). Le consentement écrit de chacun des participants a été recueilli lors des entretiens, et pouvait être retiré à tout moment (Annexe 5).

Une analyse thématique a été réalisée au fur et à mesure, selon la méthode définie par Mucchielli et Paillé (21). Cette analyse systématique du contenu du discours a permis un regroupement des verbatim en catégories (nœuds) et sous-catégories. La grille d'analyse issue du guide d'entretien évoluait au fur et à mesure du codage. Une analyse transversale a ensuite été réalisée par l'investigateur. Il n'a pas été réalisé de double codage des entretiens, mais une relecture par le directeur de thèse.

La collaboration des personnes incluses n'a pas entraîné de participation financière. Conformément à l'article L.1121-1 du Code de la Santé Publique, cette étude ne relevait pas d'un avis préalable auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP), ni de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel. Ils pourront être communiqués aux participants s'ils le souhaitent.

RESULTATS

I. Caractéristiques des patients interrogés

Quinze patients ont été contactés par l'investigateur. Quatorze entretiens ont été réalisés de Mai à Novembre 2018. Un patient a été perdu de vue malgré les relances.

La durée moyenne de chaque entretien était de 55 minutes. Dix ont été réalisés dans la métropole Rennaise, et quatre sur Lorient.

Onze ALD différentes ont été représentées dont une hors liste, avec une prédominance de diabètes et pathologies cardio-vasculaires. Onze patients étaient considérés comme physiquement actifs, et trois inactifs. La moyenne d'âge était de 54ans. Les caractéristiques des patients sont reportées dans le tableau 1 (Annexe 6) pour chaque entretien référencé (Nx).

La saturation des données a été obtenue au onzième entretien, puis confirmée par les trois derniers. Le verbatim total comportait une moyenne de 7929 mots par entretien, répartis en 600 nœuds catégoriels.

Afin de faciliter la lecture, les résultats sont présentés dans l'ordre chronologique, même si les réponses étaient réparties sur tout l'entretien. Seuls quelques verbatim représentatifs ont été repris. La retranscription anonyme est disponible sous format numérique sur demande.

II. Analyse des résultats

A. Généralités

Les résultats de l'étude ont été résumés en 3 parties.

- La première partie de l'entretien permettait de définir les critères sur lesquels s'appuyaient les patients interrogés pour choisir une APA.
- La seconde partie s'intéressait au point de vue de ces patients concernant la prescription d'activité physique par le médecin généraliste.
- La dernière partie était une ouverture sur la question de la promotion de l'activité physique en général.

B. Critères de choix d'une activité physique adaptée (Annexe 7)

Dans cette première partie, les patients interrogés se sont exprimés sur les bénéfices et freins à la pratique d'une activité physique (Figure 1 et 2), et leurs autres critères de choix (Figure 3). Ces résultats ont été regroupés dans les arbres thématiques en Annexe 7. Aucun des patients interrogés ne connaissait les recommandations de l'OMS (2) comme exposées dans le guide d'entretien (Annexe 3). Seuls certains en avaient des notions approximatives.

Pour savoir si une activité physique serait adaptée, plusieurs approches ont été évoquées. L'avis premier du corps médical, et l'empirisme ont été les deux plus plébiscités, avec des opinions très divergentes. Le corps médical était la source d'information de référence pour cinq patients, parfois supérieure à leur propre avis. « *Elle est plus capable que moi de savoir qu'est ce qui m'irait le mieux au niveau sport* » (N12). A contrario, certains préféraient d'abord se faire leur propre avis sur la question : « *Je me suis testé tout simplement. Je me teste.* » (N10).

L'entourage était systématiquement évoqué. Seul deux patients ne le considéraient pas comme fiable. La majorité s'est référée aux expériences individuelles positives ou négatives, et aux conseils de son entourage (amis, famille, associations sportives, travail) : « *ça c'est par le bouche à oreille qu'on m'en a parlé.* » (N1). Deux patients n'envisageaient pas d'en parler à un médecin mais potentiellement à leur entourage : « *je vais me renseigner auprès des gens qui en font. [...] Je ne vais pas demander à un médecin.* » (N10).

Un seul patient n'envisageait pas d'initier une activité physique quel que soit l'interlocuteur : « *Je ne demanderai à personne. Pas au corps médical. [...] Aucune personne de mon entourage. Et honnêtement je ne ferais pas. Je ne ferais pas.* » (N11).

Les autres sources d'informations évoquées comme fiables étaient les médias (livres, télévision, sites internet, publicités), le kinésithérapeute, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (par le site AMELI), et un professionnel du sport.

C. Attentes et intentions des patients concernant la prescription d'activité physique

1) Point de vue des patients sur la prescription d'APA par un médecin généraliste

Seul quatre des patients connaissaient cette possibilité de prescription de par leur entourage, les médias, ou leur activité professionnelle. Aucun n'en avait bénéficié sous forme écrite, sauf dans le cadre de kinésithérapie. Quatre patients ont déclaré avoir parlé d'activité physique avec leur médecin généraliste. « *Il l'a peut-être déjà fait quand il me dit par exemple : « Pour toi, ça serait bien de faire du vélo » », « C'était sous forme de conseil oral.* » (N7).

La majorité avait un avis positif sur la question. « *C'est super. Les médecins vont pouvoir donner des ordonnances pour faire des activités* » (N13). La moitié aimerait, ou aurait aimé en bénéficier, mais ils n'en ressentaient pas tous le besoin pour le moment. Plusieurs restaient mitigés. Le coût des prescriptions d'activité physique a été évoqué : « *C'est un budget aussi tout ça. Forcément* » (N13) ; leur appréhension sur la mise en pratique (N2), ou le risque de dérives : « *Je suis un peu méfiant par rapport à tout ça [...] quelqu'un qui en tire profit derrière* » (N7).

Deux des patients étaient opposés à la question. Ils ne voyaient pas d'intérêt à prescrire ce qu'il savait déjà : « *Je trouve ça ridicule. [...] Parce qu'on le sait tous qu'il faut faire du sport* » (N11). L'un d'eux n'y voyait que le risque de profit derrière, pour l'Etat, le médecin, ou le prestataire : « *Un kiné qui fera des extras pour se faire du fric en faisant faire du sport aux petits*

vieux, ou aux diabétiques en puissance, ou aux obèses en puissance et puis voilà. Mais enfin de compte, est-ce qu'on se soucie vraiment de la santé des gens ? Moi je n'en suis pas convaincu. » (N5).

2) Intentions des patients devant une prescription d'APA

La finalité de la prescription était une réflexion importante dans chacun des entretiens. Dans l'éventualité d'une prescription, la majorité en attendait un bénéfice concret : « *Ça vous apportera ça, ça vous donnera ça, et ça vous permettra ça* » (N11) ; ou une amélioration de sa situation : « *Tant qu'à faire quelque chose pour améliorer, autant faire quelque chose de bien et pas n'importe quoi qui m'amènerait à rien* » (N4). Les bénéfices sur la pathologie ou sur la santé en général ont été souvent évoqués. L'ensemble se déclinait en quatre thèmes principaux :

➤ Ils souhaitaient une amélioration de leur qualité de vie : « *C'est pour vivre, revivre et bien. C'est important de vivre. Parce que quand on est malade on est hors la vie un peu. On est déconnecté. Et puis on arrive plus à se reconnecter.* » (N13). Une reprise d'activité professionnelle était l'objectif de deux patients : « *ça peut jouer sur [...], le retour vers l'emploi si on n'y est plus, ou [...] d'avoir moins d'arrêts.* » (N1).

➤ Les bénéfices sur la santé en général étaient variés. Une remise en forme, ou l'augmentation des performances physiques ont été plusieurs fois évoquées : « *Ce qu'on veut c'est se voir mieux, et en forme* » (N11) ; « *Ça va vous faire du bien moralement.* » (N12).

➤ Les patients interrogés souhaitaient souvent une amélioration de leur pathologie en général. Certains s'exprimaient de façon plus spécifique telle que ralentir la maladie : « *Des bénéfices sur ma maladie [...]. La possibilité [...] à long terme de garder mes membres.* » (N11) ; gagner en autonomie ; ou diminuer les symptômes comme la douleur, les difficultés à la marche et l'essoufflement. Trois patients espéraient pouvoir oublier leur pathologie ou leurs douleurs : « *...avoir une activité qui me fasse oublier, Et qui m'amène à une certaine forme de liberté* » (N7).

➤ Six patients voyaient la prescription d'activité physique comme une alternative aux traitements habituels. Ils en attendaient de pouvoir éviter un médicament, ou alléger leur traitement par une approche plus naturelle : « *C'est d'éviter de passer par des produits chimiques, si on peut l'obtenir par des moyens naturels.* » (N4).

3) Interlocuteur(s) et compétences attendues

a. Interlocuteurs : Place du Médecin Généraliste

Le médecin généraliste était l'interlocuteur principal attendu dans les entretiens en cas de prescription d'activité physique : « *C'est au médecin traitant de préconiser ce genre de choses.* » (N6). Intervenir sur le sujet faisait partie de son rôle pour la majorité. Les patients valorisaient la relation qu'ils entretenaient avec lui : « *Il y a une relation qui s'est instaurée de confiance* » (N10) ; et l'impact

particulier du conseil du médecin : « *Ça vient d'un médecin et la parole d'un médecin c'est important. On fait confiance à son médecin.* » (N12).

Plusieurs patients doutaient par contre de leurs connaissances dans le domaine du sport. « *Il reste quand même dans son rôle de médecin. [...] Maintenant il n'est pas non plus spécialiste de tous les sports...* » (N6). Trois ont évoqué leur intérêt pour une consultation plus spécialisée auprès d'un médecin du sport. Certains pensaient que l'hôpital, ou des spécialistes pouvaient aussi intervenir dans le cadre du suivi de leur pathologie, d'une rééducation post-opératoire, ou d'une réhabilitation cardio vasculaire à l'effort : « *Il devrait y avoir un sacré partenariat avec les diabétologues, avec un coach sportif et l'hôpital.* » (N11).

Les avis divergeaient sur l'encadrement des activités. La moitié des patients préférait que l'encadrement se fasse par un coach, ou un éducateur sportif spécialisé. Pour trois patients, la rupture avec le monde médical était même indispensable : « *...personnellement je ne me sens pas prêt. Avec des professionnels de santé, j'aurais l'impression de me retrouver dans un contexte médical.* » (N7). A l'inverse, deux personnes ont évoqué l'idée de pratiquer l'activité directement avec leur médecin : « *Le médecin il dit : « [...] Et ben le premier coup je viens avec vous, on le fait ensemble, et comme ça moi je suis là. S'il y a le moindre problème, je suis là.* » (N7). Le kinésithérapeute était plus souvent évoqué comme accompagnateur, mais aussi pour ses conseils (N14). Une infirmière Azalée a été proposée comme accompagnatrice : « *Je connais une infirmière azalée elle marche avec des groupes de marche* » (N8).

Les associations sportives, l'entourage, l'utilisation d'applications numériques étaient plus perçus comme des moyens de motivation. Le médecin et le contact humain étaient préférés aux applications de coaching numérique : « *Demain je préfère que ce soit un médecin qui soit mon coach, qu'une application que je ne connais pas. [...] le contact humain aussi joue.* » (N10).

b. Compétences attendues des intervenants : prescripteur et accompagnant

La plus importante était la formation de l'interlocuteur. Dans les entretiens, les notions de professionnalisme et de sérieux sont revenues à plusieurs reprises : « *Faut être entouré de [...] quelqu'un qui est formé* » (N12). Les connaissances de la pathologie, du traitement et du dossier médical étaient valorisées chez le médecin prescripteur : « *C'est lui qui me connaît le mieux au niveau de mon corps, au niveau de la maladie, de la pathologie que j'ai. Et lui il la connaît, il l'a étudiée, il la côtoie tous les jours.* » (N6). Elles l'étaient dans certains entretiens pour l'accompagnant, surtout en termes de sécurité ou dans le choix de l'activité. Les connaissances principales attendues pour l'accompagnant étaient dans les activités physiques, et leurs risques : « *Des connaissances du sport, pas forcément médicales non* » (N13). Elles étaient aussi attendues du prescripteur en APA : « *Qu'ils soient au courant de tout ce qui existe [...] de façon à le proposer au patient.* » (N6) ; « *Parce que peut-être qu'il y a des sports adaptés pour une certaine maladie et pas pour une autre* » (N2).

Qu'il s'agisse du prescripteur ou de l'accompagnant, les personnes interrogées recherchaient quelqu'un en qui avoir confiance. Le fait de pouvoir se sentir en sécurité dans les activités a été cité à plusieurs reprises : « *Si la personne fait un arrêt cardiaque, il faut que la personne qui arrive, il sache réagir tout de suite* » (N10). Il se devait aussi d'être désintéressé, « *sans arrière-pensée « Business »* » (N7). Un patient proposait d'avoir le même interlocuteur référent (N11). Plusieurs privilégiaient une bonne entente avec le professionnel (N2), le fait de ne pas se sentir jugés, ou d'avoir quelqu'un qui prenne du temps pour eux : « *Qu'un médecin prenne le temps de vous écouter, et de vous prescrire ce qu'il faut* » (N6).

4) Moyens attendus dans le cadre d'une intervention sur l'activité physique

a. Comment intervenir ?

Les avis divergeaient sur l'intérêt d'une prescription d'APA sous forme écrite. Quatre patients ont manifesté leur intérêt pour une intervention au cours d'une « *consultation spécifique* » à l'activité physique (N8).

L'échange ou le conseil oral étaient les formes d'interventions les plus plébiscitées : « *J'ai plus tendance à favoriser le dialogue, qu'à favoriser l'écrit* » (N6). Elles paraissaient une approche suffisante pour dix des patients interrogés. « *Le dialogue habituel m'a suffi* » (N6). La majorité des patients pensaient que cette approche devait être un préalable à l'utilisation d'un éventuel support papier. La prescription était souvent interprétée de façon négative comme une obligation : « *Conseiller. Plutôt conseiller. [...] Oui. Prescrire...ça fait comme une obligation.* » (N14).

Pourtant la moitié des patients voyait un intérêt à l'utilisation d'un support écrit. L'utilisation d'un programme écrit, d'une liste d'activités, ou d'un carnet de suivi étaient utiles pour certains patients : « *...t'as des gens, s'ils ont un écrit ça marque en plus* » (N12). D'après plusieurs entretiens, la prescription écrite permettrait un message plus efficace dans la durée : « *Comme on dit : « Les paroles s'envolent, les écrits restent. »* » (N12). Elle était plus envisagée au cas par cas : « *...les gens qui en ont vraiment besoin, ils pourraient être reçus par l'accompagnant. [...] pour les autres personnes il peut envoyer une feuille de route.* » (N11).

b. Moyens attendus, quelle que soit l'intervention (prescription, orientation, conseil oral)

Les patients attendaient des directives précises, un accompagnement personnalisé, et un suivi de leur activité. « *Le médecin doit apporter plus que dire : « Va faire du sport »* » (N10).

L'intervention la plus attendue du médecin était de conseiller ses patients, notamment sur les activités : « *Je serai en attente de conseils en fait* » (N8). La majorité souhaitait aussi se sentir encadrée dans ces activités, avoir des directives et des explications claires. « *J'ai besoin qu'on me prenne en charge quoi. Tout bêtement. Et qu'on sache me guider avec ma maladie.* » (N11).

Quelle que soit l'intervention choisie, les patients interrogés souhaitaient se sentir aidés, accompagnés et encouragés dans leur démarche. « *...parce que si on est laissé tout seul dans la*

nature, ça sert à rien. » (N2) ; « *Il aura beau me prescrire du sport, si je ne suis pas entourée, j'en ferai pas.* » (N11). Ces attitudes étaient attendues du prescripteur, ou d'une personne autre présente ou non lors des activités. « *Il faudrait quand même qu'il y ait quelqu'un qui soit là pour conseiller.* » (N6). Trois patients soulignaient l'importance que leur interlocuteur puisse se rendre disponible. « *J'aurais besoin qu'on m'aide, et qu'on ne m'aide pas dans « tous les 3 mois avec les visites chez le diabétologue » ; qu'on m'aide à l'instant T.* » (N11).

Tous les patients valorisaient une intervention personnalisée. « *J'ai besoin d'avoir des conseils personnalisés.* » (N8). La connaissance du patient par la personne qui le suit, sa situation ou son intimité, permettait d'améliorer l'intervention. Le médecin généraliste était la personne qui semblait le mieux remplir ce rôle. Un des patients l'attribuait aussi au kinésithérapeute. « *Un médecin va mieux savoir ce qu'il faut nous donner plutôt que quelqu'un qui ne vous connaît pas.* » (N4). Se sentir écouté, et que l'on prenne en compte son avis, voire ses préférences, étaient importants. « *Nous on écoute, et le médecin doit écouter aussi son patient* » (N7) ; « *se sentir compris et entendus* » (N13). La plupart valorisaient le dialogue, le fait de pouvoir échanger sur le sujet : « *en fonction de la pathologie de la personne et en concertation mutuelle* » (N1) ; « *Lui il a le côté médical, moi j'ai le côté de la maladie. Donc on en discute.* » (N11). Dans plusieurs entretiens, le patient avait aussi sa part de responsabilité pour que l'intervention soit efficace. Il devait s'engager à écouter les directives données, comme sous la forme d'un contrat : « *Et on signe un contrat. Vous vous occupez de moi. Moi je fais ce que vous dites.* » (N11).

Les deux derniers points importants dans les entretiens étaient le suivi de la prescription, et la surveillance à mettre en place. « *Il faut qu'il y ait un suivi.* » (N14). Les patients souhaitaient pouvoir donner un retour sur leur vécu. Ils voulaient pouvoir réévaluer l'activité en fonction des résultats ou des difficultés rencontrées. « *Au bout d'un certain moment dire ce que tu en penses, et s'il y a un résultat, une amélioration aussi à ça, si ça te fait du bien...* » (N9). Le retour pourrait s'appuyer sur des indicateurs physiques comme la masse musculaire, ou biologiques comme l'hémoglobine glyquée. Certains outils comme un podomètre, un tapis d'exercice, ou un bracelet connecté ont été évoqués : « *Si ce bracelet peut en plus détecter qu'elle peut avoir un problème, que automatiquement le médecin est averti par exemple* » (N10). Des retours rendraient l'intervention plus efficace, mais aussi plus sûre : « *Que le médecin puisse suivre [...] notre activité physique, pour savoir si on répond bien...* » (N10). Cette évaluation pourrait se faire au bout d'un certain temps, ou régulièrement au cours du suivi de leur pathologie. « *Tous les 3 mois vous voyez votre diabétologue, et ben tous les trimestres voilà on voit au niveau sport où vous en êtes.* » (N11). Le suivi était le plus souvent envisagé sous forme d'un échange. L'utilisation d'un carnet de suivi, ou de mails a aussi été suggérée : « *Maintenant avec les nouvelles technologies, on peut s'envoyer par internet, enfin un mail [...]. Sauf les gens qui en ont vraiment besoin, ils pourraient être reçus par l'accompagnant.* » (N11).

c. A quel moment doit-on intervenir pour les patients ?

Quelle que soit la forme, la majorité des patients pensaient que l'intervention n'était utile que dans certains cas. Cette intervention ne devrait s'adresser qu'aux personnes qui en ont besoin. Elle concernerait en premier les personnes ayant un problème de santé, ou une complication de leur maladie : « *Pour des gens qui vont avoir des problèmes cardiaques, du diabète ou des choses comme ça, je pense que ces gens ont besoin d'être plus suivis c'est sûr.* » (N10). L'intervention serait plus pertinente lors d'une reprise d'activité, d'une rééducation ou après une intervention : « *Il faut encadrer je pense au départ. Si quelqu'un a besoin de faire du sport et n'en a jamais fait* » (N3) ; « *...juste après l'hospitalisation, je trouve que c'est très intéressant* » (N6). Elle pourrait ne plus être nécessaire par la suite : « *Là, notre rôle [...] il s'arrête, parce que vous êtes capable de vous prendre en charge* » (N7) ; voire abusive : « *[la kinésithérapie] il y en a qui s'en servent comme salle de sport, et je ne trouve pas ça normal.* » (N10). Un patient a suggéré que ces conseils soient donnés à l'occasion d'une consultation en vue d'un certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport.

Pour beaucoup, le médecin doit tenir compte de la motivation de la personne au moment où il la conseille. Si elle n'en ressent ni le besoin ni l'envie, la prescription ne sera pas efficace. « *Il faut insister mais il faut laisser le libre arbitre aussi à la personne* » (N11) ; « *Il y a des gens ça va leur passer au-dessus de la tête, et il y a d'autres personnes elles sont plus sensibles* » (N14). Plusieurs des patients qui ne ressentaient pas le besoin de bénéficier d'une prescription d'activité physique ont appuyé cette idée : « *Et puis si je veux pas et bien je le fais pas et puis c'est tout.* » (N5).

d. Avis des patients sur la question d'une aide financière

Tous les patients ne se sont pas prononcés spontanément sur la question d'une participation financière à la prescription d'APA.

Trois ont suggéré une participation de la sécurité sociale. Ils proposaient une participation au financement de leur activité physique en rapport avec leur ALD. Même partielle, elle pourrait avoir un effet motivationnel : « *[Si] c'est remboursé par exemple par la sécu, qu'il y ai un ¾ et ¼ par exemple, bon ben je vais faire un effort.* » (N9). La question de la rémunération ou du remboursement des praticiens a aussi été évoquée. Prescripteur ou accompagnant pourraient être plus impliqués dans ce cas : « *à voir si c'est financé par la sécurité sociale et remboursé [...]. Parce que même le praticien il ne s'amusera pas à faire ça pour la gloire...* » (N5).

A l'inverse, une patiente était radicalement opposée à un remboursement de l'activité physique : « *Il faut arrêter de faire un petit peu de l'assistantat* » (N11). Elle proposait par contre un remboursement du coach sportif qui l'accompagnerait.

5) Modalités attendues en cas de prescription d'une activité physique adaptée

a. Les préalables à toute intervention.

Quel que soit le type d'intervention, tous les patients se sont exprimés sur ce qu'ils attendaient du prescripteur avant d'initier une activité physique. Seul un patient s'est peu exprimé sur les informations

qu'il attendait, mais souhaitait surtout rester impliqué dans la décision : « *Il faudrait que ça vienne de moi un petit peu.* » (N9). Les autres attendaient des informations sur les modalités de l'activité physique en elle-même. Ils s'exprimaient en termes de fréquence, d'intensité ou quantité, de durée, voire de limites à la pratique de l'activité : « *Un peu comme une prescription médicale.* » (N4). Beaucoup souhaitaient pouvoir discuter des risques de l'activité physique en elle-même, ou que le prescripteur en tienne compte. « *Comment progresser sans risque de se faire mal.* » (N8).

Une évaluation des capacités physiques était un préalable important pour la moitié des patients interrogés. Son absence a été critiquée. « *Hors de question. Les histoires de club de gym [...] où il n'y a pas aucun contrôle de ce que la personne est capable de porter...* » (N5). Certains souhaitaient être questionnés sur leurs motivations. « *...le médecin déjà il se renseigne : « Tu fais pas de sport ? – Non. – Pourquoi ? » »* (N10).

Pour la moitié encore, définir des objectifs concrets permettait une meilleure motivation. Ces objectifs pouvaient être fixés par le médecin, ou élaborés ensemble en tenant compte de leurs motivations : « *Il faudrait qu'on en discute avant, pour savoir pour quelle raison on le fait* » (N4). Ces objectifs pouvaient être organisés dans un programme défini à l'avance. Ce programme était plus souvent évoqué sous forme papier : « *Voilà votre feuille de route pour Novembre.* » (N11) ; « *On me conseille de faire ci, de faire ça, de faire tant de séances, puis de se revoir pour savoir où ça en est, puis de reprogrammer de 1 mois, ou 2 mois, ou par trimestre...* » (N13). Un des patients déplorait une rééducation qui lui avait été prescrite avec un kinésithérapeute sans limites. L'absence d'objectifs ou de délais était vécue comme une absence de guérison possible. « *[Le médecin dit :] « ...tant que vous vous sentez pas bien en gros vous pouvez y aller, c'est illimité. » [...] on n'a pas de fin. Et pas avoir de fin, on ne sait pas quand est-ce qu'on est guéri indirectement » « si on nous dit 3 mois de kiné, on sait que au bout de 3 mois normalement c'est censé aller mieux. »* (N10).

Certains des patients se sont exprimés plus spécifiquement par rapport à leur pathologie. Ils attendaient des explications sur les symptômes éventuels à l'effort dus à leur maladie, ou leur traitement. Ces explications pouvaient être nécessaires avant, ou pendant l'effort : « *On sait même plus la douleur est-ce que c'est une courbature, est-ce que c'est un problème de règles, est-ce que c'est ma pathologie ou est-ce que c'est encore un autre truc...* » (N1). Deux patients souhaitaient savoir comment y adapter leur traitement. Une mise en situation permettrait à une patiente diabétique de mieux intégrer ses protocoles : « *On vous met sur un tapis [...] au départ, pour voir comment mon corps réagirait, comment il faudrait que je diminue les doses, les augmente [...]. Parce que je le sais [...] mais me mettre en situation réelle, concrète.* » (N11).

b. Prescrire une activité physique adaptée : quelles modalités ?

Tous les patients interrogés souhaitaient pouvoir être orientés dans le choix de leur activité physique en cas de prescription. La prise en compte de la pathologie ou des douleurs était une attente

fréquente dans les entretiens. « *Savoir quelles sont les activités physiques qui correspondent le mieux à la pathologie* » (N6) ; « *...orienter vers des sports en fonction des problèmes de la personne* » (N10).

Avoir des explications sur l'activité en elle-même a été souvent évoqué. Certains patients ressentaient le besoin d'un apprentissage, ou d'être corrigés sur d'éventuelles mauvaises positions par leur médecin ou par un coach. Ces explications pouvaient nécessiter pour certains des démonstrations (N11). Deux patients ont proposé que le médecin accompagne lui-même le patient : « *[Le médecin dit] le premier coup je viens avec vous, on le fait ensemble...* » (N10). Pour beaucoup, le prescripteur devait aussi savoir quelles activités éviter : « *Tel sport faut pas le faire parce que vous avez des soucis.* » (N2). Plusieurs patients voulaient avoir du choix dans les activités à pratiquer. Ils souhaitaient notamment une alternative si celle-ci ne leur convenait pas après un essai, ou en cas de difficultés. « *[Le médecin] peut nous faire un autre programme avec d'autres activités pour essayer.* » (N12). Avoir des informations pratiques sur l'accessibilité, ou sur le coût de l'activité a aussi été évoqué. Pour une patiente, la prescription d'activité physique pourrait s'associer à d'autres interventions comme des conseils alimentaires.

Des aménagements pouvaient être attendus dans les activités physiques à proposer. Ces aménagements étaient souvent en lien avec la pathologie, les capacités physiques ou l'âge du patient. « *Pour des personnes qui sont de tailles, âges, corpulences différentes, il aurait dit : « Un tel fais ci, un tel tu fais ça... »* » (N5). Ils concernaient le plus souvent l'intensité de l'activité. Plusieurs patients attendaient des activités douces ou portées, surtout au début : « *des activités physiques un peu douces, qui permettent de reprendre* » (N8). Une augmentation progressive de l'intensité était valorisée : « *On va commencer doucement, et on finira mieux.* » (N5). Dans le cas de groupes, une prise en compte des disparités éventuelles pouvait être attendue. Avoir une salle dédiée était souvent associé à une activité encadrée par un tiers : « *...dans une salle avec un coach sportif, ou un infirmier sportif.* » (N11). Certains aménagements pouvaient aussi concerner des contraintes plus personnelles comme les horaires, ou le lieu d'exercice (activité physique à domicile, en extérieur ou en salle) : « *...des exercices que je peux faire à domicile si j'ai pas envie d'aller à l'extérieur quand il fait froid* » (N11).

6) Réorienter le patient : une alternative pour le médecin généraliste

Pouvoir être orienté par leur médecin vers un autre professionnel était une alternative acceptée par la majorité. Il pouvait s'agir d'orienter vers un accompagnant disponible et compétent dans son domaine : « *Je suis le médecin qui vous envoie admettons voir un kiné* » (N5). Un des patients proposait que le médecin oriente vers un autre professionnel pour intervenir sur le sujet : « *...soit orienter vers une consultation spécifique* » (N8). Plusieurs valorisaient le fait d'être pris en charge par une équipe pluridisciplinaire, ou un réseau de professionnels. « *Peut-être qu'il pourrait y avoir des partenariats avec des clubs proches du médecin* » (N10). Plusieurs structures relais ont été proposées dans les entretiens. L'hôpital ou les cliniques privées étaient toujours associés de façon positive au travail en équipe pluridisciplinaire. En ville, le médecin pourrait orienter ses patients vers des clubs, ou des associations

sportives qu'il recommanderait (N10). Une section spécifique dans la structure pour les personnes ayant un problème de santé était appréciée par plusieurs patients. « *...faire une section accompagnée avec des kinés [...] justement pour les gens qui ont un problème particulier.* » « *Une section santé.* » (N3). Seule la patiente infirmière coordinatrice avait eu connaissance de réseaux sport-santé par une formation de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

D. Propositions des patients pour promouvoir l'activité physique en général

1) Informer et éduquer la population

Dans la majorité des entretiens, la promotion de l'activité physique relèverait surtout d'une meilleure information. Si ce rôle a été le plus souvent attribué au médecin généraliste, d'autres interlocuteurs ont été suggérés individuellement. Le médecin scolaire et les parents devraient plus intervenir sur la jeune génération : « *Je pense que c'est l'école, les parents ou les médecins.* » (N14). Plusieurs patients ont insisté sur la nécessité d'intervenir en milieu scolaire : « *Il faut apprendre aux jeunes à se bouger. [...] il faut leur donner envie de se bouger* » (N11). Les médecins « des régimes sociaux » (N7), et le médecin du travail ont été évoqués pour intervenir dans la population générale. Les groupes de patients seraient pour plusieurs un bon moyen d'encourager des personnes atteintes de maladie chronique : « *Avoir un contact avec d'autres personnes qui ont la même maladie que nous, et puis de savoir qu'est-ce qu'ils font eux pour y remédier justement, pour atténuer la maladie.* » (N2). Cette idée de la transmission à son entourage a aussi été reprise pour l'entourage proche. (N8).

Pour deux patients, la promotion devrait être une démarche nationale, culturelle : « *Motiver la France entière à se bouger...* » (N11). Plusieurs moyens ont été évoqués pour informer à échelle individuelle ou collective. Certains proposaient d'utiliser des plaquettes d'informations dans les espaces publics : « *des affiches distribuées dans les salles d'attente* » (N11) ; « *en ville où il y a des arrêts de bus* » (N12). Les médias télévisés et la presse papier ont aussi été cités : « *Faire du matraquage. Dans les bouquins Marie Claire, Elle, tout ça, Biba* » (N11). Informer par des sites internet de référence pourrait être une possibilité : « *Via AMELI.* » (N11).

Une des interventions possibles serait pour plusieurs patients, de mieux informer sur les possibilités d'activité physique existantes. Encourager l'activité physique du quotidien était la proposition la plus fréquente. Cela pouvait passer par des gestes simples, « *basiques* », ou plus élaborés comme « *le Tai- Chi* » (N5). Plusieurs types d'activités du quotidien ont été proposées : le ménage, le jardinage, la marche « *Allez faire vos courses. Marchez...* » (N5), ou prendre l'escalier. Encourager l'activité physique au travail, et en limiter les comportements sédentaires ont aussi été suggérés : « *aller travailler à pied* » (N13). Trois patients avaient une vision positive de l'activité physique intégrée dans un planning professionnel : « *Il y a carrément une mairie, leurs employés de mairie, c'est payé, c'est dans le contrat sur leur temps de travail* » (N1).

2) Encourager, motiver la population

Mettre en avant les bénéfices, donner des motivations secondaires, et corriger les fausses représentations ont été les trois axes proposés pour motiver la population.

Pour la moitié des patients interrogés, informer sur les bénéfices possibles encouragerait à pratiquer une activité physique. Présenter des bénéfices concrets, des objectifs à court ou long terme permettrait une meilleure adhésion : « ...pour les inciter c'est savoir quels bénéfices ils vont en retirer » (N8) ; « qu'on pousse les gens à avoir des objectifs tout simplement » (N10). Des témoignages sur des retours positifs pourraient être utilisés : « Prendre des exemples de gens qui ont progressé et qui donnent envie de s'accrocher. » (N13). Quelques-uns proposaient de responsabiliser en insistant sur les conséquences de l'absence d'activité physique : « Chaque médecin, doit dire au moins au patient, les conséquences du non sport [...]. Malade ou pas malade » (N11).

Le recours à des sources de motivation secondaires a aussi été proposé dans plusieurs entretiens. La moitié recommandait de promouvoir l'activité physique à plusieurs : « Encourager le sport en groupe » (N10). Les patients suggéraient de mettre en avant le plaisir de « rencontrer des gens » (N5), la satisfaction d'avoir un beau jardin (N9), de sortir son chien (N5, N11), ou de courir pour une cause comme l'écologie ou contre le cancer. « Le marathon vert, chaque kilomètre couru on plante un arbre voilà donc ça, ça peut apporter une motivation à certaines personnes... » (N8).

L'un des moyens suggérés consistait en une clarification de certaines représentations négatives. Plusieurs représentations considérées comme fausses ont été évoquées : le manque de temps, d'argent ou d'activité : « Courir ça ne coûte pas cher » (N8) ; « Ce qui est plus embêtant c'est les gens qui pensent qu'ils ne peuvent plus faire du sport, alors qu'ils peuvent en faire. » (N10). Ils suggéreraient que ces personnes soient rassurées, ou mise devant leurs contradictions (N10).

DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

L'intérêt principal de cette étude était d'examiner directement le point de vue des patients atteints d'une maladie chronique. Les bénéfices de la prescription d'activité physique, ainsi que le point de vue des médecins généralistes avaient déjà fait l'objet d'autres travaux de recherche. Cette problématique d'actualité s'intégrait dans la continuité d'une politique nationale visant à promouvoir l'activité physique, en particulier chez ces patients (14-16).

L'approche qualitative paraissait la plus cohérente pour explorer le ressenti personnel et les attentes des patients (21). Les entretiens semi-dirigés permettaient de respecter l'intimité liée au vécu de la pathologie chronique. La richesse des entretiens que nous avons conduits nous a confortés dans cette approche. A noter qu'une expérience d'activité physique prescrite n'était pas particulièrement attendue des patients inclus. L'étude s'intéressait autant aux expériences, qu'aux attentes des patients sur la question.

Plusieurs biais de recrutement ont pu interférer dans l'interprétation des résultats de notre étude. L'analyse des caractéristiques des patients inclus montre une prédominance de patients actifs, et une moyenne d'âge de 54ans relativement haute. Toutes les maladies chroniques concernées au titre d'une ALD n'étaient pas représentées (Annexe 6). Notre approche qualitative privilégiait l'inclusion d'une population authentique plus que représentative. Néanmoins, une plus grande diversité des profils aurait pu dégager d'autres points de vue sur la question. Un retour d'expérience en termes de prescription d'APA aurait été intéressant, et pourrait faire l'objet d'une étude complémentaire.

D'autre part, un biais de sélection pourrait résulter d'un recrutement limité à la participation de seulement quatre médecins généralistes. Le manque d'intérêt, le manque de temps, ou le mode de contact par le biais des médecins volontaires ont pu limiter la participation des patients à notre étude. L'élargissement du secteur d'étude à la ville de Lorient a permis de faciliter et diversifier ce recrutement, mais aussi limité l'interprétation des résultats à l'échelle locale.

Sur le plan de la conduite et de l'analyse des entretiens, le manque d'expérience de l'investigateur a pu engendrer des biais de suggestion et d'interprétation. Le déroulement de plusieurs entretiens dans des cabinets médicaux et la profession de l'investigateur, ont pu influencer le discours des patients, notamment en ce qui concerne la vision du médecin généraliste. La question fermée sur le rôle du médecin généraliste a pu influencer certains patients dont l'avis n'était pas fixé. L'absence de double codage a lui aussi pu engendrer un biais d'analyse. Une double lecture des résultats et de leur interprétation par le directeur de thèse a permis d'améliorer la validité interne de l'étude.

II. Discussion des résultats

A. Promouvoir l'APA en médecine générale : une approche en 4 phases

Une première phase concernerait l'évaluation des besoins, de la motivation, et des capacités physiques. Maintenir le patient au centre du processus décisionnel nous paraît indispensable à toute intervention visant à changer les habitudes et comportements. La connaissance du patient, l'écoute de son avis, ses expériences, ses préférences et ses objectifs, permettraient une approche motivationnelle plus personnalisée. Le dialogue était le garant du contrat de soin médecin-patient dans nos entretiens. L'élaboration d'un diagnostic éducatif est un prérequis à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le champ de la maladie chronique. La pertinence et la contribution de l'éducation thérapeutique proposée à ces patients est reconnue par l'OMS (22).

Dans le cas où une intervention serait envisagée, un programme avec des objectifs concrets et réalistes serait convenu à l'avance. Ces objectifs seraient adaptés en particulier aux spécificités de la maladie chronique. Les résultats indiqueraient une meilleure adhésion par un temps d'explication sur les symptômes éventuels à l'effort, ou les adaptations du traitement. Une mise en situation ou des démonstrations pourraient être proposées. A l'inverse, l'absence de délais ou d'objectifs nuit à la motivation des patients. Une étude complémentaire sur le recours à des sources de motivations secondaires pourrait être intéressante. La formulation avec le patient des compétences à acquérir pourrait s'inspirer du modèle SMART (Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste, Temporellement défini) utilisé en management et marketing. Les résultats d'une étude américaine récente encourageraient des travaux en ce sens (23). L'intervention serait justifiée selon l'état de motivation et les besoins du patient. Elle pourrait faire l'objet d'une consultation spécifique. Les patients y paraissaient plus ouverts lors de la reprise d'un mode de vie physiquement actif, d'une nouvelle activité, ou dans un contexte de rééducation. Ils attendraient du prescripteur des directives claires et pratiques sur le choix et les modalités des activités à faire, à associer, ou à éviter.

Pour les patients interrogés, l'accompagnement de l'activité physique relèverait plus des compétences d'un professionnel spécialisé différent du prescripteur. Le médecin pourrait donc les orienter vers un coach, un éducateur spécialisé en APA, ou un professionnel du paramédical qu'il recommanderait. Un encadrement sûr, efficace, désintéressé et dans un climat de bonne entente était attendu. Ils faisaient plus confiance au contact humain d'un professionnel disponible, et formé sur les activités et leurs risques. Le désir de rupture avec le monde médical et la maladie chronique contrastait avec la recherche d'une activité sûre et encadrée. Un encadrement ou un environnement trop médicalisé, comme une maison de santé, étaient globalement moins bien acceptés. La création de sections de « Sport Santé », et la formation d'accompagnants spécialisés dans l'APA semblaient par contre correspondre aux attentes des patients interrogés.

Un suivi dynamique articulé autour d'échanges réguliers avec le prescripteur pourrait rendre l'intervention plus efficace et plus sûre. La sécurité semblait particulièrement importante pour ces

patients. Ils souhaitent aussi pouvoir évoquer leur vécu, leurs questions, résultats ou difficultés éventuelles. Cette réévaluation pourrait s'envisager en consultation spécifique, ou au cours du suivi de la maladie. Plusieurs supports possibles ont été suggérés dans ces entretiens : le podomètre, le bracelet connecté, un tapis d'exercice, un carnet de suivi dédié. Leur intérêt a déjà été discuté dans d'autres études, mais ne se substituait pas au contact humain (24, 25).

B. Prescrire ou conseiller de l'activité physique : une intervention adaptée au patient

D'après les patients interrogés, l'échange ou le conseil oral du médecin seraient nécessaires, et souvent jugés suffisants pour les orienter. Le conseil oral en activité physique, et l'utilisation d'un support écrit ont déjà montré leur utilité dans la littérature (8, 26). Cependant, la prescription écrite ne serait pas l'attente principale de ces patients. La notion de prescription médicale était souvent perçue de façon négative comme une contrainte. Pourtant, l'utilisation d'un support écrit (programme, liste d'activités, carnet de suivi) améliorerait bien leur adhésion dans la durée. Le désir de rupture avec le médical et la maladie paraît fréquemment associé à l'activité physique. La connaissance du patient, et le dialogue devraient permettre au médecin d'adapter son intervention. Nos résultats suggèrent que bien qu'utile, l'utilisation d'un support écrit ne devrait pas se substituer au dialogue médecin-patient.

Dans notre étude, le choix des patients se portait plus souvent vers des activités de groupes homogènes, des activités portées, ou des activités peu intenses mais progressives. Des groupes, ou des sections spécifiques selon les pathologies et les capacités physiques pourraient donc leur être proposés. Cette population valorisait en particulier la prise en charge en réseau, ou en équipe pluridisciplinaire. Pouvoir être réorienté vers un spécialiste du sport et/ou un accompagnant compétent seraient des alternatives envisageables. Une étude récente française a proposé un protocole à destination des médecins généralistes pour orienter des patients sédentaires vers des structures spécialisées (27). Cette stratégie pourrait être étudiée dans le cas des patients atteints de maladie chronique.

C. Accompagner le patient vers un changement de comportement : l'approche motivationnelle en consultation de médecine générale

A tous niveaux d'intervention, cette étude a mis en évidence l'importance de la motivation des patients pour initier, ou entretenir une activité physique. Selon une méta-analyse récente, l'entretien motivationnel peut avoir un effet positif à ce titre chez les patients atteints d'une maladie chronique (28). Il est d'ailleurs utilisé dans de nombreuses situations de médecine générale. Un guide récent adressé aux médecins par la Haute Autorité de Santé (HAS) propose de s'appuyer sur le modèle Trans-théorique du changement de Prochaska et DiClemente (29, 30). Les résultats de notre étude semblaient en accord avec ces recommandations. Une écoute active basée sur la confiance et l'empathie était préférée à la prescription médicale dans l'accompagnement vers un changement de comportement.

Les critères de choix évoqués par nos patients (Figure 1,2, et 3) pourraient être autant de leviers à exploiter par le médecin. Selon le stade de motivation, l'attitude du praticien pourrait consister à :

- éveiller un doute chez le patient indéterminé, et corriger ses fausses représentations ;
- rassurer et encourager le patient dans son désir de changement par une approche positive ;
- renforcer sa confiance dans les changements effectués en phase de préparation ;
- aider au maintien en mettant en avant les objectifs atteints ;
- déculpabiliser et analyser avec lui les freins à l'activité physique en cas d'arrêt.

L'entretien motivationnel dans le cadre de la prescription d'APA pourrait être intégré aux formations en « Sport-Santé » existantes, ou dans le cadre de leur formation initiale des médecins généralistes.

D. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) : une intervention structurée

Les résultats de notre étude suggèrent que la promotion de l'activité physique pourrait être intégrée dans un programme structuré d'ETP dans le champ de la maladie chronique. L'ETP vise à l'acquisition et au maintien de compétences d'« auto-soins », telles que l'adoption d'un mode de vie physiquement actif. Elle s'appuie aussi sur la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation identifiées lors du diagnostic éducatif. Ce dernier permettrait une éducation adaptée en termes de compétences à acquérir par le patient, et de choix des modalités d'intervention. L'ETP permettrait aussi d'associer l'entourage dans les activités éducatives et/ou sportives. Elle semble donc bien intégrer les attentes de nos patients, notamment en termes de prise en charge pluridisciplinaire. L'HAS préconise déjà des interventions éducatives spécifiques pour la mise en œuvre d'une APA dans le cadre de polyopathologies chroniques, et de diabète de type 1 et 2 (31, 32). Plus de recherches intégrant la promotion de l'activité physique par les médecins généralistes dans des programmes d'ETP pourraient être envisagées.

E. Promouvoir l'activité physique par le médecin généraliste, les collectivités et l'Etat

1) Encourager l'utilisation de référentiels de prescription par les médecins

Dans notre étude, les patients atteints d'une maladie chronique s'orienteraient plus facilement dans un choix d'activités aménagées selon les contraintes liées à leur pathologie. Ceci a pu aussi résulter du mode de recrutement de notre population d'étude basé sur le volontariat. Une réflexion en amont sur ces aménagements permettrait une meilleure participation par un choix plus varié et personnalisé.

Des référentiels d'aide à la prescription d'activité physique et sportive par pathologie ont été proposés par la HAS en Septembre 2018 (29). Ils concernaient l'obésité, le diabète de type 2, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, l'hypertension artérielle, la maladie coronaire stable et les accidents vasculaires cérébraux. D'autres référentiels paraîtraient intéressants, notamment pour les pathologies rhumatismales qui étaient présentes dans notre étude. On pourrait aussi s'intéresser au point de vue des médecins généralistes sur ces référentiels, et sur leur efficacité à long terme.

2) Mettre en avant les ressources locales disponibles

D'autre part, travailler sur l'offre locale d'activités adaptées paraît indissociable du travail sur les pathologies et leurs limitations. Dans le cadre du plan « Sport Santé Bien-être », un recueil des offres

d'APA en territoire Breton est disponible sur un site de référence en ligne (33). D'autres structures comme l'Office des Sports de Rennes s'intéressent à la synthèse de ces informations à l'échelle locale. De notre étude pourtant ressortait une méconnaissance par les patients des moyens à leur disposition. Gérer le premier contact, et coordonner les soins auprès d'autres professionnels de santé fait partie des compétences du médecin généraliste (34). Plus de communication sur les ressources disponibles auprès des médecins généralistes (activités, événements sportifs dédiés, correspondants spécialisés) et de la population, pourrait permettre une meilleure intervention.

3) Impact financier de la prescription d'activité physique adaptée

Notre étude a mis en évidence des avis très divergents sur la question du financement de la prescription d'activité physique par le médecin généraliste. L'intérêt économique de la promotion de l'activité physique paraissait bien admis dans nos entretiens. Différentes études ont montré une balance coût-efficacité favorable à ce type d'intervention (9, 35). Nos résultats nous amènent par contre à nous interroger sur celle d'une aide financière au coaching ou à la pratique. Les patients interrogés étaient partagés entre l'effet incitatif de ces aides, et le risque d'excès par assistanat. Une réflexion pourrait être envisagée sur les formes d'une telle participation, ses conditions et sur son impact économique.

D'autre part, une information claire sur le coût des actes et prestations devrait être donnée. Plusieurs patients de notre étude s'inquiétaient du risque d'abus que pourrait engendrer à leurs dépens ce type de prescription. Ces réserves s'associaient alors à une remise en question de l'intégrité du corps médical, des prestataires, voire de l'Etat. Il serait intéressant que le médecin y soit sensibilisé, et le patient rassuré afin de préserver une relation de confiance.

4) Informer et éduquer la population au niveau national

Le corps médical n'était pas toujours le référent principal des patients atteints d'une maladie chronique concernant leur activité physique. Si les médias et les ressources numériques ont été évoqués, la prise de décision était plus souvent confortée par l'expérience personnelle et l'entourage. Cette tendance nous a paru plus marquée chez les moins de 35ans, insuffisamment représentés dans ce travail. La promotion de l'activité physique chez ces patients pourrait donc aussi s'appuyer sur l'éducation de la population en général, et la mobilisation de l'entourage proche. Les campagnes nationales de promotion de l'activité physique semblaient bien perçues par ces patients. L'éducation aux bienfaits de l'activité physique en particulier du quotidien, et aux risques de la sédentarité, pourrait faire l'objet de nouvelles campagnes dans les médias ou la presse.

Du point de vue des patients interrogés, plus d'interventions en milieu scolaire et professionnel seraient aussi nécessaires. La question de l'éducation, et de la lutte contre la sédentarité chez les plus jeunes a été souvent évoquée dans nos entretiens. Un travail qualitatif sur le ressenti et les attentes de cette population pourrait être utile aux médecins en soins primaires. D'autre part, les bénéfices d'une activité physique aménagée sur le temps de travail n'ont pas été explorés lors de nos entretiens. Une revue de la littérature à ce sujet pourrait être intéressante.

CONCLUSION

Cette étude qualitative s'est intéressée au point de vue des patients atteints d'une maladie chronique concernant la prescription d'une activité physique adaptée (APA) par leur médecin généraliste. La prescription d'activité physique était globalement bien perçue par les patients de notre région. Ils étaient relativement ouverts à l'idée d'une prescription d'activité physique à condition d'y voir un bénéfice concret sur leur pathologie, leur traitement ou leur santé en général.

Le médecin généraliste était l'interlocuteur privilégié pour ce type d'intervention. La connaissance du patient dans son intimité, et les compétences médicales étaient au centre de la relation de confiance qu'ils entretenaient avec lui. Les patients semblaient regretter que la question de l'activité physique ne soit pas plus abordée avec leur médecin généraliste. Aucun n'avait bénéficié de ce type d'intervention, et peu en avait seulement eu connaissance. Plus d'information auprès des médecins et de la population générale serait intéressante en ce sens. D'autres prescripteurs ont néanmoins été suggérés : le médecin du sport, ou le spécialiste référent de la maladie chronique.

La prescription d'activité physique relèverait donc bien du rôle du médecin traitant pour les patients atteints d'une maladie chronique. La promotion de l'activité physique en soins primaires ne devrait cependant pas se limiter à la seule prescription médicale.

Les résultats de notre étude ont permis de décomposer les attentes des patients atteints de maladie chronique en quatre phases successives : évaluation, intervention, accompagnement, suivi et surveillance. Ces éléments semblent en accord avec les recommandations récentes de la HAS. Le conseil oral et l'échange étaient préférés à la prescription écrite d'activité physique. Une approche motivationnelle spécifique à l'activité physique pourrait être développée et enseignée, pour accompagner ces patients vers un changement de comportement. Cette démarche pourrait s'associer à un programme structuré d'ETP dans le champ de la maladie chronique.

Conflits d'intérêts : Il n'y a pas eu de conflit d'intérêt à déclarer lors de ce travail.

Imprimé n° 4

Scolarité médecine 3^{ème} cycle
2 avenue Professeur Léon Bernard
35043 RENNES Cedex

FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : BOURRIQUEN Loïc _____

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

**Attentes et intentions des patients suivis pour une maladie chronique
devant la prescription d'activité physique par un médecin généraliste.
Etude qualitative auprès de patients en Ille et Vilaine, et Morbihan.**

Rennes, le 05 03 2019

Rennes, le 07/03/2019

Dr Frédéric BEUNEUX

35770 VERN-SUR-SEICHE

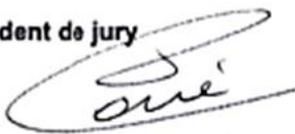
35 10 58 90 4

0009 73 200
Le Directeur de thèse



Le Président de jury

Professeur F. CARRÉ
Biologie et Médecine du Sport
CHU RENNES



Vu et permis d'imprimer

Rennes, le

12 MARS 2019

**Le Président de l'Université
de Rennes 1**

UNIVERSITÉ DE
RENNES 1



D. ALIS

REFERENCES

1. Organization WH. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva2009.
2. Organization WH. Global status report on non communicable diseases Geneva2010.
3. Kerse N, Elley CR, Robinson E, Arroll B. Is physical activity counseling effective for older people? A cluster randomized, controlled trial in primary care. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Nov;53(11):1951-6.
4. Bell DS. Exercise for patients with diabetes. Benefits, risks, precautions. *Postgrad Med.* 1992 Jul;92(1):183-4, 7-90, 95-8.
5. Giada F, Biffi A, Agostoni P, Anedda A, Belardinelli R, Carlon R, et al. Exercise prescription for the prevention and treatment of cardiovascular diseases: part I. *J Cardiovasc Med (Hagerstown).* 2008 May;9(5):529-44.
6. Baster T, Baster-Brooks C. Exercise and hypertension. *Aust Fam Physician.* 2005 Jun;34(6):419-24.
7. Swinburn BA, Walter LG, Arroll B, Tilyard MW, Russell DG. The green prescription study: a randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. *Am J Public Health.* 1998 Feb;88(2):288-91.
8. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2003 Apr 12;326(7393):793.
9. Elley R, Kerse N, Arroll B, Swinburn B, Ashton T, Robinson E. Cost-effectiveness of physical activity counselling in general practice. *N Z Med J.* 2004 Dec 17;117(1207):U1216.
10. Smith BJ, Bauman AE, Bull FC, Booth ML, Harris MF. Promoting physical activity in general practice: a controlled trial of written advice and information materials. *Br J Sports Med.* 2000 Aug;34(4):262-7.
11. Sorensen JB, Skovgaard T, Puggaard L. Exercise on prescription in general practice: a systematic review. *Scand J Prim Health Care.* 2006 Jun;24(2):69-74.
12. Fox K, Biddle S, Edmunds L, Bowler I, Killoran A. Physical activity promotion through primary health care in England. *Br J Gen Pract.* 1997 Jun;47(419):367-9.
13. Browne D. Exercise by prescription. *J R Soc Health.* 1997 Feb;117(1):52-5.
14. Legifrance. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) 2016 [cited 2019]; Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/texte>.
15. Legifrance. 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. 2016 [cited 2019]; Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/30/2016-1990/jo/texte>.
16. Legifrance. INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en oeuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. 2017; Available from: <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=42071>.
17. Persson G, Brorsson A, Ekvall Hansson E, Troein M, Strandberg EL. Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner's perspective - a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2013 Aug 29;14:128.
18. Baudier F BF, Bocquier A, Bossard C, Darmon N, Delamaire C, et al. Baromètre National Santé Nutrition 2008. France2008.
19. (Esen) Edsedén. Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban 2014-2016). Saint-Maurice2017 Contract No.: Chapitre activité physique et sédentarité.
20. Kik L. Evaluation des attentes des patients concernant l'activité physique en cabinet de médecine générale [Doctorat]: Aix-Marseille Université; 2014.

21. Paillé P. MA. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. édition è, editor. Paris: Armand Colin; 2016.
22. Santé OMDI. Education Thérapeutique du Patient. Copenhague: Bureau Régional pour l'Europe1998.
23. Aghera A, Emery M, Bounds R, Bush C, Stansfield RB, Gillett B, et al. A Randomized Trial of SMART Goal Enhanced Debriefing after Simulation to Promote Educational Actions. *West J Emerg Med.* 2018 Jan;19(1):112-20.
24. Abramsky H, Kaur P, Robitaille M, Taggio L, Kosemetzky PK, Foster H, et al. Patients' Perspectives on and Experiences of Home Exercise Programmes Delivered with a Mobile Application. *Physiother Can.* 2018;70(2):171-8.
25. Cooke AB, Pace R, Chan D, Rosenberg E, Dasgupta K, Daskalopoulou SS. A qualitative evaluation of a physician-delivered pedometer-based step count prescription strategy with insight from participants and treating physicians. *Diabetes Res Clin Pract.* 2018 May;139:314-22.
26. Babwah T, Roopchan V, Baptiste B, Ali A, Dwarika K. Exercise prescriptions given by GPs to sedentary patients attending chronic disease clinics in health centres - The effect of a very brief intervention to change exercise behavior. *J Family Med Prim Care.* 2018 Nov-Dec;7(6):1446-51.
27. Bauduer F, Vanz E, Guillet N, Maurice S. [Prescription of physical activity by general practitioners: The Biarritz Cote Basque Sport Sante experience]. *Sante Publique.* 2018 May June;30(3):313-20.
28. O'Halloran PD, Blackstock F, Shields N, Holland A, Iles R, Kingsley M, et al. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil.* 2014 Dec;28(12):1159-71.
29. Santé HAd. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018; Sixième chapitre : La consultation médicale d'activité physique]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante.
30. Braillon A, Taiebi F. [Is the Prochaska's "transtheoretical" model useful for motivational interviewing?]. *Encephale.* 2016 Apr;42(2):197.
31. (HAS) HAdS. Education Thérapeutique du Patient (ETP) : Evaluation de l'efficacité et de l'efficacité dans les maladies chroniques : Orientations pour les pratiques et repères pour l'évaluation. Saint-Denis La Plaine2018.
32. (HAS) HAdS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques : Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine2007.
33. Bretagne ARdSARS. Sport Santé Bien-Être en Bretagne. Rennes2015 [cited 2019]; Available from: www.bretagne-sport-sante.fr.
34. EUROPE) WFDCfPW. La définition Européenne de la Médecine Générale - Médecine de Famille2002.
35. Guillon M, Rochaix L, Dupont JK. COST-EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS BASED ON PHYSICAL ACTIVITY IN THE TREATMENT OF CHRONIC CONDITIONS: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW. *Int J Technol Assess Health Care.* 2018 Jan;34(5):481-97.

ANNEXES

A. Annexe 1 : Affiche à destination des cabinets médicaux.




**CONTRIBUEZ A
LA RECHERCHE
SUR LA SANTE
PAR LE SPORT**

Si vous avez entre 18 et 64ans, et êtes suivis pour une maladie chronique (*), nous avons besoin de votre avis !

Cette étude consiste en un entretien individuel s'intéressant à vos expériences, vos attentes en matière d'activité physique, de la part du milieu médical.

Les pratiques évoluent, qu'en attendez-vous ?

(*) maladie chronique au titre d'ALD définie par l'article D. 322-1 du Code de la Sécurité sociale

**LES PRATIQUES
EVOLUENT, QU'EN
ATTENDEZ VOUS ?**

DE MAI A OCTOBRE
2018

A RENNES ET
COMMUNES
LIMITOPHES

ENTRETIEN
INDIVIDUEL DE 1H-
1H30

ANONYME ET
GRATUIT

**SI VOUS ETES
INTERESSES,
PARLEZ EN A
VOTRE MEDECIN
TRAITANT**

B. Annexe 2 : Protocole de l'étude à destination des patients recrutés (page 1)

Titre de la recherche : Attentes et intentions des patients suivis pour une maladie chronique au titre d'affection longue durée (ALD) devant la prescription d'activité physique adaptée (APA) par un médecin généraliste

Madame, Monsieur,

Je vous propose de participer à une étude de recherche clinique.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Vous pourrez prendre le temps de lire ces informations, et réfléchir à votre participation à ce projet sous la forme d'un entretien individuel. Vous pouvez à tout moment demander à votre médecin, ou au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

BUT DE L'ETUDE

Cette étude s'inscrit dans la continuité du projet de loi santé, et de son décret d'application autorisant depuis Mars 2017 la prescription écrite d' « **activité physique adaptée** » pour **les personnes âgées de plus de 64ans et/ou suivies au titre d'une d'Affection de Longue Durée (ALD) (*) par leur médecin traitant.**

L'objectif est de mettre en évidence en interrogeant directement les patients suivis pour une maladie chronique au titre d'affection longue durée (ALD) (*), qu'elles sont leurs attentes et leurs intentions devant la prescription d'activité physique adaptée par leur médecin généraliste.

BENEFICE(S) ATTENDUS

Nous espérons par ce travail mieux comprendre vos attentes devant ce type d'intervention, et votre perception du rôle du médecin traitant sur ce point.

Les résultats devraient permettre d'améliorer l'approche du sujet auprès des patients en général, ainsi que d'orienter la formation initiale des professionnels de santé, les démarches de prévention locale et l'organisation de futurs réseaux sport-santé en Ille et Vilaine.

DEROULEMENT DE L'ETUDE

Cette étude se déroulera sur **une période de 3 à 6 mois**, dans les secteurs de **Rennes et Lorient**.

Les médecins participants informeront, puis recruteront avec leur accord, des patients **âgées de 18 à 64ans ET suivis pour une maladie chronique au titre d'Affection Longue Durée (ALD) (*)**. Cette lettre d'information leur sera alors fournie expliquant le protocole de l'étude.

(*) Liste des ALD 31, fixée par l'article D. 322-1 du Code de la Sécurité sociale, actualisée par le décret n°2011-77 du 19 janvier 2011 et par le décret n°2011-726 du 24 juin 2011

Protocole de l'étude à destination des patients recrutés (page 2)

EN PRATIQUE

Avec votre accord, vous serez contacté par l'investigateur afin d'organiser une rencontre.

Il s'agira pour vous, d'un entretien unique, d'une durée moyenne de 1h30, dans un lieu neutre à Rennes, Lorient ou proche de votre domicile ou du cabinet médical.

La totalité de l'entretien sera enregistré par dictaphone(s) et les données traitées ensuite par informatique.

IMPORTANT

Toutes les données recueillies seront **strictement anonymes**.

Un formulaire de consentement écrit et signé vous sera demandé.

Aucune information personnelle ne sera transmise à votre médecin.

Aucune participation financière ne sera exigée de votre part, conformément à la loi

Ce projet s'inscrit dans le cadre de la validation de thèse d'exercice de Mr XXXXX (investigateur principal et promoteur), sous la direction du Dr XXXXX, médecin généraliste à Vern-sur-Seiche, ainsi qu'avec la collaboration du service de médecine du sport du CHU de Rennes.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Vous pouvez également décider en cours d'entretien d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter XXXXX.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, je vous contacterai dans les prochains jours pour organiser une rencontre.

LEGISLATION - CONFIDENTIALITE

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle.

Seuls les responsables de l'étude et éventuellement les autorités de Santé pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes -qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical-, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002) relative aux droits des malades les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

C. Annexe 3 : Guide d'entretien initial de l'investigateur.

Prise de contact et présentation

Bonjour Mr/Mme X, je vous remercie d'avoir bien voulu m'accorder de votre temps pour cet entretien. Mon nom est _____, je travaille dans le milieu de la santé, et réalise ce travail de recherche dans le cadre de la validation de mon cursus. L'objectif de cette étude est de mieux comprendre chez les personnes suivies au titre d'une maladie chronique, leurs intentions, leurs attentes devant la prescription d'une activité physique adaptée par le médecin traitant. Cette prescription est en effet rendue possible par la loi depuis Mars 2017. Ce qui m'intéresse c'est surtout votre avis sur la question. Cela ne devrait pas prendre plus de 1h de votre temps. Je tiens à rappeler que cet entretien et les données qui en seront analysées seront strictement anonymes, et qu'à tout moment vous serez libres de changer d'avis et vous retirer de cette étude.

Recueil du consentement écrit la participation à l'entretien et à l'enregistrement audio.

Entretien

- Quand je vous parle d'activité physique « adaptée », qu'est-ce que cela représente pour vous ?
 - *Au besoin préciser par la définition de l'activité physique par rapport au sport.*
 - *Au besoin préciser définition d'adaptée : à la personne, à sa pathologie l'environnement et aux ressources disponibles.*
- Est-ce que vous pourriez me faire part de votre expérience sur la question ?
 - *Au besoin préciser la question : Vous-même, est-ce que vous pratiquez, ou avez pratiqué une activité physique régulière ? Adaptée ?*
- Quels intérêts voyez-vous / verriez-vous à la pratique d'une activité physique ?
- Est-ce que vous pourriez me dire qu'elles ont pu être les difficultés, les obstacles à la pratique de ce type d'activité que vous avez rencontrés ?
 - *Faire préciser si en lien avec leur maladie chronique.*
- Aujourd'hui, comment procédez-vous / procéderiez-vous pour savoir si tel ou telle activité est « adaptée » pour vous ?
- Depuis le décret de loi applicable au 1er Mars 2017, les médecins généralistes peuvent réaliser une prescription écrite d'activité physique adaptée à leurs patients âgés de plus de 64 ans et/ou suivis au titre d'une affection longue durée (ALD). Etiez-vous au courant de cette possibilité avant cet entretien ? Que pensez-vous de cette mesure ?
 - *Préciser au besoin la différence avec la prescription de rééducation.*
 - *Préciser au besoin la différence avec le conseil oral.*
- Avez-vous déjà bénéficié de ce type de prescription avant, ou aimeriez-vous en bénéficier ?
 - *Si oui, faire préciser le vécu.*
 - *Si non, pour quelle(s) raison(s) ?*
- Si votre médecin traitant vous la proposait demain en consultation, qu'en attendriez-vous ?
- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande aux adultes âgés de 18 à 64 ans de consacrer 150 minutes d'activité physique modérée hebdomadaire (ou équivalent). Quelles seraient vos suggestions pour encourager les personnes atteintes de maladies chroniques à approcher, et surtout maintenir ces objectifs ?
- Que savez-vous des réseaux et/ou parcours « sport-santé » ?

Remise du questionnaire complémentaire.

Remerciements.

D. Annexe 4 : Questionnaire complémentaire

Voici, un questionnaire court que je vous demande de remplir, afin de mieux connaître les personnes participant à cette étude.

Merci de répondre en cochant la case correspondante :

- Genre : Homme Femme
- Age (en années) : _____
- Catégorie socio-professionnelle (selon INSEE) :
 - Agriculteurs, exploitants -----
 - Artisans, commerçants et chefs d'entreprises -----
 - Cadre, professions intellectuelles supérieures -----
 - Professions intermédiaires -----
 - Employés -----
 - Ouvriers -----
 - Retraités -----
 - Inactifs (chômeurs, étudiants...) -----
- Mode de vie :
 - Célibataire -----
 - En couple -----
 - Nombre d'enfants à charge : _____
- Niveau d'activité physique actuel :

Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisirs, télé, ordinateur, travail, etc.) ?	+ de 5h <input type="checkbox"/>	4 à 5h <input type="checkbox"/>	3 à 4h <input type="checkbox"/>	2 à 3h <input type="checkbox"/>	- de 2h <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ?	Non <input type="checkbox"/>				Oui <input type="checkbox"/>
A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?	1 à 2 fois/ mois <input type="checkbox"/>	1 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	2 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	3 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	4 fois/ semaine <input type="checkbox"/>
Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>
Habituellement comment percevez-vous votre effort ? <i>Le chiffre 1 représentant un effort très facile et le 5 un effort difficile</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?	Légère <input type="checkbox"/>	Modérée <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Intense <input type="checkbox"/>	Très intense <input type="checkbox"/>
En dehors de votre travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers : bricolage, jardinage, ménage, etc. ?	Moins de 2h <input type="checkbox"/>	3 à 4h <input type="checkbox"/>	5 à 6h <input type="checkbox"/>	7 à 9h <input type="checkbox"/>	Plus de 10h <input type="checkbox"/>
Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>
Combien d'étages en moyenne montez-vous à pied chaque jour ?	Moins de 2 <input type="checkbox"/>	3 à 5 <input type="checkbox"/>	6 à 10 <input type="checkbox"/>	11 à 15 <input type="checkbox"/>	Plus de 16 <input type="checkbox"/>

- Noter la maladie chronique pour laquelle vous êtes suivi au long cours par votre médecin : _____
- Autres maladies pouvant être un frein à l'activité physique : _____

E. Annexe 5 : Formulaire de consentement.

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE BIOMEDICALE**

Titre de la recherche : Attentes et intentions des patients suivis pour une maladie chronique au titre d'affection longue durée (ALD) devant la prescription d'activité physique adaptée (APA) par un médecin généraliste

Je soussigné(e) (*nom et prénom du sujet*),

accepte de participer à l'étude : **Attentes et intentions des patients suivis pour une maladie chronique au titre d'affection longue durée (ALD) devant la prescription d'activité physique adaptée (APA) par un médecin généraliste en Ile et Vilaine (35).**

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Mr et/ou le Dr

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que les données enregistrées lors de l'entretien puissent être accessibles aux responsables de l'étude et éventuellement aux autorités de santé. A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à,

le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

F. Annexe 6 : Caractéristiques des patients interrogés (Tableau 1)

Tableau 1 - Caractéristiques des patients interrogés (Nx)										
(Nx)	Sexe	Age	MDV	Enfants à charge	Catégorie S-P	ALD(s) déclarée(s)	Autre pathologie	Niveau d'AP	Secteur	Durée
N 1	Femme	41 ans	Célibataire	1	Inactif	Spondylarthrite ankylosante		Actif	Rennes	84min
N 2	Homme	60 ans	En couple	0	Employé	Diabète		Actif	Vern s/ Seiche	48min
N 3	Femme	64 ans	En couple	0	Retraité	Coronaropathie		Actif	Vern s/ Seiche	41min
N 4	Homme	64 ans	En couple	0	Retraité	Diabète	Arthrose	Actif	Vern s/ Seiche	41min
N 5	Homme	61 ans	En couple	0	Retraité	HTA		Inactif	Vern s/ Seiche	50min
N 6	Homme	62 ans	En couple	0	Cadre	Coronaropathie, Diabète		Actif	Vern s/ Seiche	36min
N 7	Homme	57 ans	En couple	0	Cadre	BPCO		Actif	Vern s/ Seiche	43min
N 8	Femme	56 ans	Célibataire	1	Cadre	Cancer	Fatigue	Actif	Rennes	68min
N 9	Homme	64 ans	En couple	0	Ouvrier	Dépression	Arthrose	Inactif	Vern s/ Seiche	74min
N 10	Homme	30 ans	En couple	0	Cadre	Polyarthrite Rhumatoïde	Ligaments croisés	Actif	Rennes	70min
N 11	Femme	40 ans	En couple	2	Inactif	Diabète avec neuropathie		Actif	Lorient	91min
N 12	Femme	50 ans	En couple	0	Retraité	Epilepsie, AIT		Actif	Lorient	44min
N 13	Femme	59 ans	Célibataire	1	Cadre	Fibromyalgie		Inactif	Lorient	47min
N 14	Femme	50 ans	Célibataire	0	Intermédiaire	Epilepsie		Actif	Lorient	39min
<p>7 : Femmes 7 : Hommes</p> <p>10 : En couple 4 : Célibataires</p> <p>4 avec enfants à charge</p> <p>5 : Cadres 4 : Retraités 2 : Inactifs 1 : Employé 1 : Ouvrier 1 : Intermédiaire</p> <p>11 ALD différentes dont 4 : Diabètes 4 : Maladies cardio-vasculaires 2 : Maladies rhumatismales</p> <p>2 : Epilepsies 1 : BPCO 1 : Fibromyalgie 1 : Cancer 1 : Dépression</p> <p>11 : Actifs 3 : Inactifs 0 : Très actifs</p> <p>10 à Rennes et sa métropole 4 à Lorient</p> <p>Durée totale 776min Moyenne 55min</p>										

Correspondance des abréviations du Tableau 1 :

La valeur (Nx) indique le numéro d'entretien correspondant.

MDV : Mode de vie ou Statut Marital du patient.

Catégorie S-P : Catégorie Socio-Professionnelle.

ALD(s) déclarée(s) : Affection longue durée déclarée.

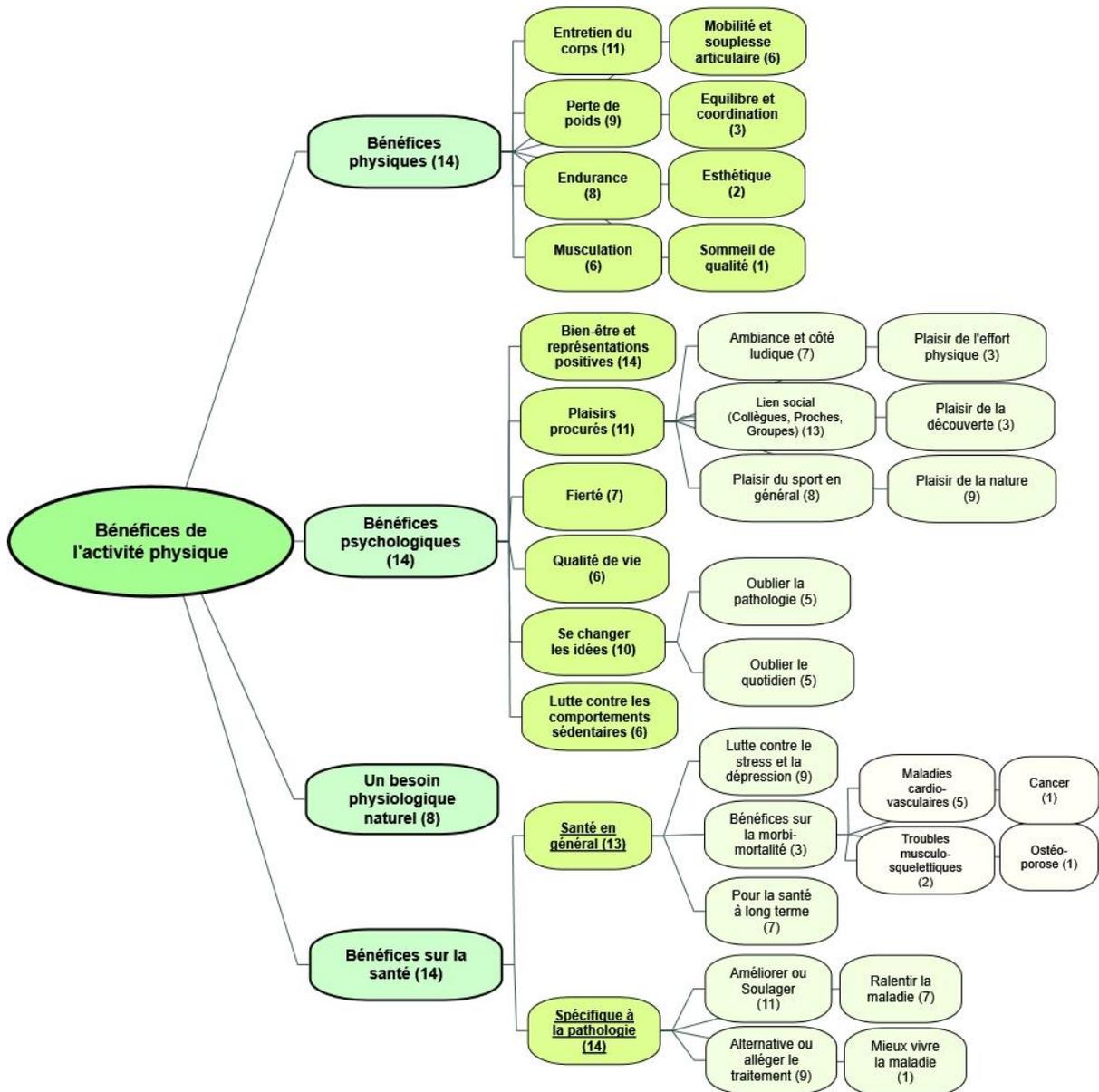
HTA : Hypertension artérielle ; AIT : Accident Ischémique Transitoire ;

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

Niveau d'AP : Niveau d'activité physique évalué selon le questionnaire de Ricci et Gagnon.

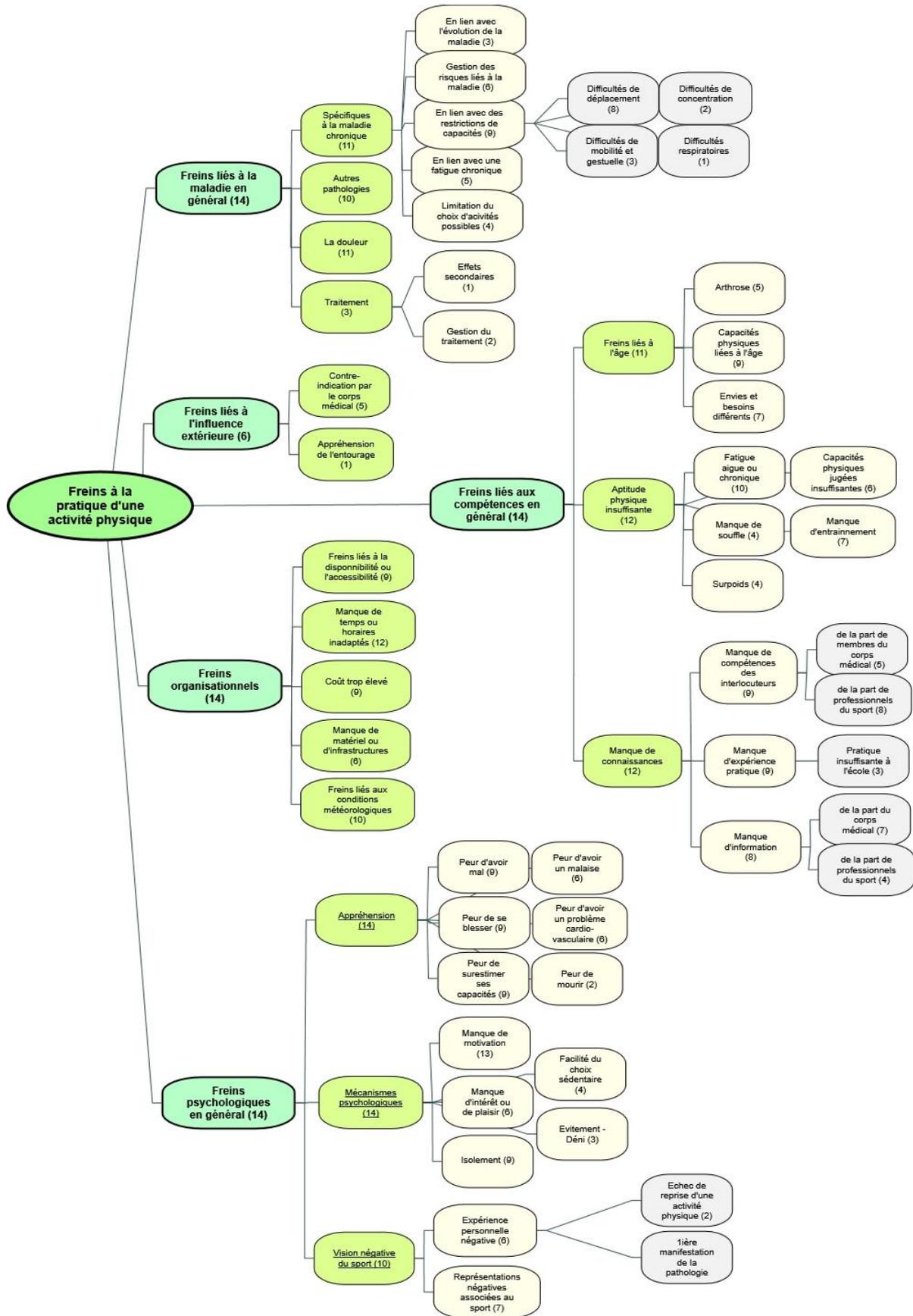
G. Annexe 7 : Arbres thématiques sur les bénéfices, freins et autres critères de choix.

Figure 1 : Bénéfices imputés à l'activité physique par les patients interrogés.



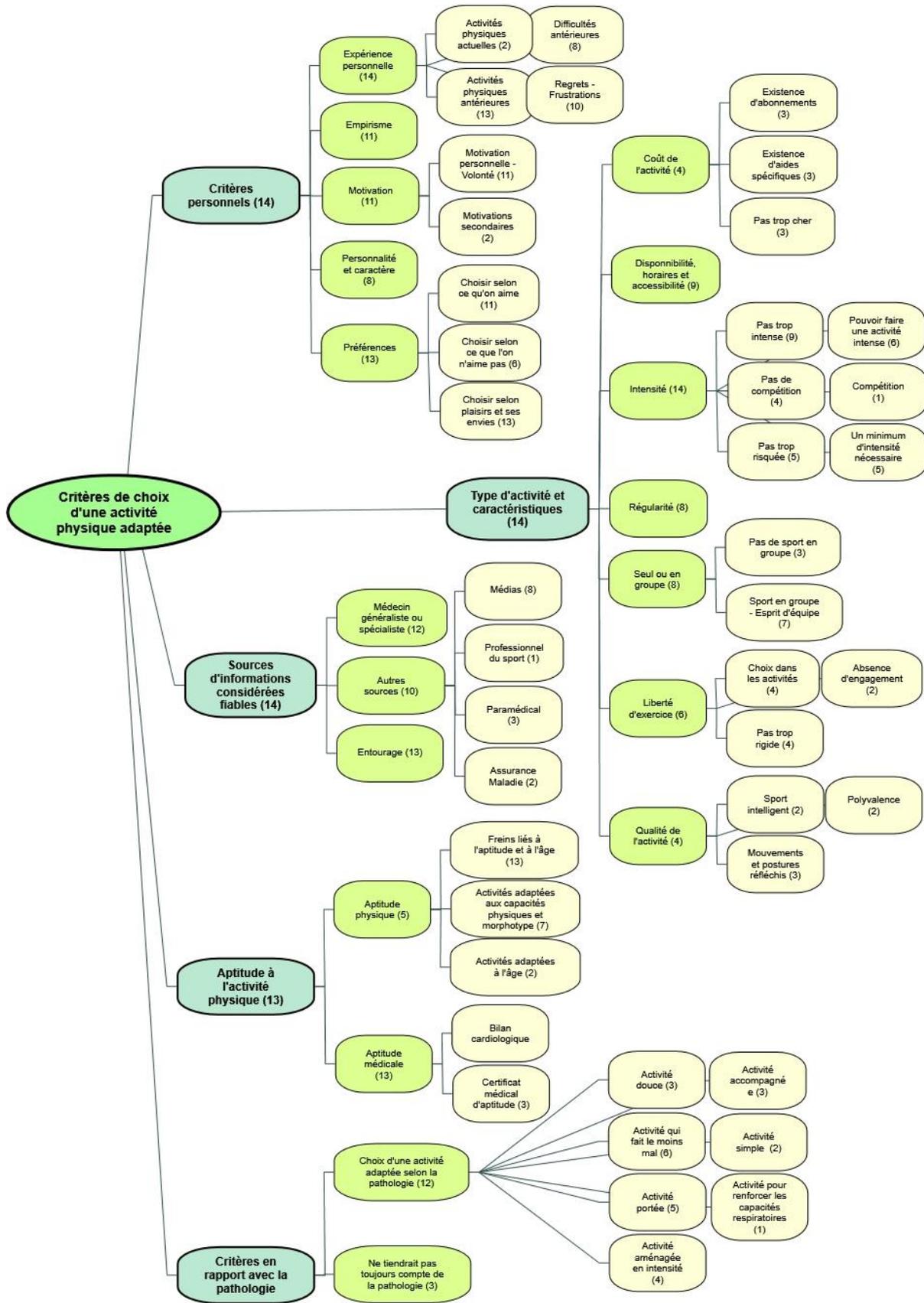
La valeur (x) correspondant au nombre d'entretiens concernés)

Figure 2 : Freins à la pratique d'une activité physique évoqués par les patients interrogés.



(La valeur (x) correspondant au nombre d'entretiens concernés)

Figure 3 : Critères de choix d'une activité physique évoqués par les patients interrogés.



(La valeur (x) correspondant au nombre d'entretiens concernés)

BOURRIQUEN, Loïc. - Attentes et intentions des patients suivis pour une maladie chronique devant la prescription d'activité physique par un médecin généraliste : Etude qualitative auprès de patients en Ille et Vilaine, et Morbihan.

Thèse de Médecine, Rennes 1 ; 2019

Résumé

Introduction : La prescription d'activité physique par les médecins généralistes a fait ses preuves en termes de qualité de vie, de morbi-mortalité et de rapport coût-bénéfice. Ce travail explore l'opinion et les attentes des patients atteints d'une maladie chronique quant à la prescription d'activité physique, et au rôle de leur médecin généraliste. **Méthode :** Une étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés. Les critères d'inclusion étaient l'âge de 18 à 64 ans, et l'existence d'une affection longue durée. **Résultats :** Quatorze patients ont participé entre Mai et Novembre 2018. Cette étude montrait qu'ils étaient relativement ouverts à la prescription d'activité physique à condition d'y voir un bénéfice concret sur leur pathologie, leur traitement ou leur santé en général. Cette intervention relèverait bien du rôle du médecin traitant, mêmes si d'autres prescripteurs ont été suggérés. Le conseil oral et l'échange étaient préférés à la prescription écrite d'activité physique. L'accompagnement de l'activité physique relèverait plus des compétences d'un professionnel spécialisé recommandé par le prescripteur. **Discussion :** La promotion de l'activité physique ne devrait pas se limiter à la seule prescription médicale. Si cette prescription est utile et semble bien acceptée, elle ne représenterait pas l'attente principale des patients atteints d'une maladie chronique. Une approche motivationnelle spécifique à l'activité physique adaptée pourrait être développée pour les accompagner vers un changement de comportement. Elle pourrait s'associer à un programme structuré d'Education Thérapeutique du Patient.

Abstract

Background: Physical activity on prescription by general practitioners has proven its benefits in term of quality of life, morbidity-mortality and cost-effectiveness. This work explores the expectations and point of view from patients attending chronic disease about the prescription of physical activity, and their general practitioner's role. **Method:** A qualitative study was conducted using semi-directed individual interviews. The inclusion criteria were the age from 18 to 64 years old, and the presence of a long affection. **Results:** Fourteen patients participated between May and November 2018. This study showed that they were quite responsive to a prescription of physical activity provided they see a concrete benefit on their pathology, their treatment or their general health. This intervention should be part of the general practitioner's role, even if other prescribers were suggested. Oral counselling and discussion were preferred to a written prescription of physical activity. Coaching was expected from other competent professionals recommended by the prescriber. **Conclusions:** Promoting physical activity should not be reduced to medical prescription. If this prescription is efficient and seems to be well accepted, it would not represent the patients attending chronic disease's main expectation. Motivational interviewing specific to adapted physical activity could be developed to carry behaviour changing. It could be associated to a Therapeutic Patient Education's structured program.

Rubrique de classement :	ÉPIDÉMIOLOGIE DESCRIPTIVE
Mots-clés :	Prescription d'activité physique, Maladie chronique, Médecine Générale, Etude qualitative
Key-words:	Physical activity on prescription, Chronic disease, General practitioner, Qualitative study

Président : Mr François CARRE

Jury:

Assesseurs : Mr Frédéric BEUNEUX [directeur de thèse]
Mme Isabelle BONAN
Mr Eric MENER
Mr Vincent DANIEL