



Identifier chez les médecins généralistes les représentations et les perspectives d'élaboration d'un outil de liaison portant sur la prescription de l'activité physique chez les patients en situation d'obésité

Treicia Padou

► To cite this version:

Treicia Padou. Identifier chez les médecins généralistes les représentations et les perspectives d'élaboration d'un outil de liaison portant sur la prescription de l'activité physique chez les patients en situation d'obésité. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02886168

HAL Id: dumas-02886168

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02886168>

Submitted on 26 Oct 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER FACULTE DE
MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

PADOU Treicia

Le 24/10/2019

TITRE

**« Identifier chez les Médecins
généralistes les représentations et
les perspectives d'élaboration d'un
outil de liaison portant sur la
prescription de l'activité physique
chez les patients en situation
d'obésité »**

Directeur de thèse : Docteur FIDRY Julia.

JURY :

Président : Professeur LAMBERT Philippe Professeur des Universités
-Médecine générale

Assesseurs:

Le Professeur AVIGNON Antoine PU-PH de 1^{er} classe. Chef de service Nutrition-
Diabète

Le Docteur SERAYET Philippe, Maître de conférence Associé et Docteur en
Médecine générale.

Le Docteur FIDRY Julia, Docteur en médecine générale et Maître de stage.

UNIVERSITE DE MONTPELLIER FACULTE DE
MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

PADOU Treicia

Le 24/10/2019

TITRE

**« Identifier chez les Médecins
généralistes les représentations et
les perspectives d'élaboration d'un
outil de liaison portant sur la
prescription de l'activité physique
chez les patients en situation
d'obésité »**

Directeur de thèse : Docteur FIDRY Julia.

JURY :

Président : Professeur LAMBERT Philippe Professeur des Universités
-Médecine générale

Assesseurs:

Le Professeur AVIGNON Antoine PU-PH de 1^{er} classe. Chef de service Nutrition-
Diabète

Le Docteur SERAYET Philippe, Maître de conférence Associé et Docteur en
Médecine générale.

Le Docteur FIDRY Julia, Docteur en médecine générale et Maître de stage.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

A. *Professeurs Honoraires*

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHFORDT Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE LAVIT
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SANY Jacques
CALLIS Albert	LORIOT Jean	SEGNARBIEUX François
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie	SENAC Jean-Paul
CASTELNAU Didier	Madeleine	SERRE Arlette
CHAPTAL Paul-André	MAGNAN DE BORNIER	SIMON Lucien
CIURANA Albert-Jean	Bernard	SOLASSOL Claude
CLOT Jacques	MARY Henri	THEVENET André
D'ATHIS Françoise	MATHIEU-DAUDE Pierre	VIDAL Jacques
DEMAILLE Jacques	MEYNADIER Jean	VISIER Jean Pierre
DESCOMPS Bernard	MICHEL François-Bernard	
DIMEGLIO Alain	MICHEL Henri	

(a)

(b) *Professeurs Emérites*

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAURY Michèle
BOULENGER Jean-Philippe	MILLAT Bertrand
BOURREL Gérard	MAUDELONDE Thierry
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	PREFAUT Christian
DAURES Jean-Pierre	PUJOL Rémy
DAUZAT Michel	SULTAN Charles
DEDET Jean-Pierre	TOUCHON Jacques
ELEDJAM Jean-Jacques	VOISIN Michel
GUERRIER Bernard	ZANCA Michel
JOURDAN Jacques	

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

B. PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation

ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie

QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

1. PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophthalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation

SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

(i) PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

(ii) PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

b) Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

2. Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

C. PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

OBJET DE L'ETUDE

Identifier chez les Médecins généralistes les représentations et les perspectives d'élaboration d'un outil de liaison portant sur la prescription de l'activité physique chez les patients en situation d'obésité

Remerciements

Au Dr Fidry Julia, merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Merci pour tous tes conseils, ta bienveillance. Merci d'avoir fait de moi le médecin que je suis car grâce à toi j'ai su acquérir en maturité et surtout en confiance en moi. Tu as su me remotiver, me rassurer quand il le fallait. Tu es pour moi un exemple, une force de la nature.

Au Pr LAMBERT, merci d'avoir accepté d'être mon président de jury.

Au Pr AVIGNON, Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, mais aussi de m'avoir offert l'opportunité de participé au DU de prise en charge des complications métaboliques liées à l'obésité, sans lequel cette envie de mener cette thèse n'aurait pas été présente.

Au Dr SERAYET, merci d'avoir accepté d'être un membre de mon jury.

A ma famille :

Merci à ma mère PADOU Mylène, de m'avoir encouragé dans cette voix et sans qui, l'accomplissement de ces études longues n'aurait pas été possible.

Merci d'avoir toujours cru en moi, quand moi-même je doutais et d'avoir toujours répondu présente quand j'en avais besoin.

A ma grande mère DHAMBAHADOUR Jeannise, merci de m'avoir supportée tous ces derniers mois et d'avoir été là pendant toute la période de rédaction de cette thèse.

Merci à toutes les deux de m'avoir inculqué des valeurs qui me permettent aujourd'hui d'être fière de faire ce métier.

Et merci à mon petit frère Rody, d'avoir été mon Grand frère bien plus d'une fois.

A mes amis

Merci à vous mes copines : Anais et Stelly pour votre soutien sans failles, vos messages toujours pleins d'amour et de réconfort qui m'ont permis de tenir le cap.

Anais merci à toi pour ton franc parlé, tes conseils et ton regard objectif. Mais aussi d'avoir fait preuve d'une force de caractère, et de courage au cours de cette année qui n'a pas du tout été simple pour toi, car grâce à toi j'ai su relativiser.

Stelly merci d'avoir été ma « 2^e maman » au cours de ces années d'internat et surtout pendant ces derniers mois, car sans toi rien de tout ça n'aurait été possible.

Je remercie également ma copine Sybille, de m'avoir permis de m'évader quand j'en avais besoin. Ma copine Vanessa qui après toutes ces années et la distance m'a toujours prouvé son amitié.

Et à mon frère de cœur Rodgers.

A mes co internes et collègues

Merci à vous, Mes co internes de l'internat Bagnol sur cèze Promo 2016 Lucie, Thibault, Jean Marc, Lyly...

Aux équipes infirmiers du service de cardiologie, de pneumologie et des urgences du CH de Bagnols sur Cèze.

Merci également à toute l'équipe du service de réanimation de l'HIA LAVERAN Marseille, grâce à vous ce stage fut l'un des meilleurs de mon internat, j'ai eu l'impression d'intégrer une grande famille surtout ne changer rien.

A mes maîtres de stage ...

Grand merci au DR BELLON NARCISI, de m'avoir fait confiance et de m'avoir permis de faire mes premiers pas en autonomie. Pour sa gentillesse et sa patience.

DR JUGE David, Dr AMPHOUX Isabelle, Dr CLAPE Jean François ... merci pour votre pédagogie, vos conseils.

A mon amour ...

Merci à toi, LAURENT Teddy de partager ma vie.

Grace à toi j'ai pu accomplir tous mes rêves.

LISTE DES ABREVIATIONS

AP : Activité physique

APA : Activité physique adaptée

ALD : Affection longue durée

DMP : dossier médical partagé

IMC : indice de masse corporel

TABLE DES MATIÈRES

I - INTRODUCTION	19
A) ACTIVITE PHYSIQUE	21
a) Définition	21
b) Effet métabolique de l'activité physique	21
c) Recommandations de bonnes pratiques	23
B) ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE	24
a) Définition	24
b) par qui ?	24
C) SEDENTARITE	25
a)Définition	25
b)Epidémiologie	26
c) Conséquences	27
D) ACTIVITES PHYSIQUES : THERAPEUTIQUE NON MEDICAMENTEUSE	28
a) Prescription de l'activité physique	28
b) Rôle du médecin généraliste	29
c) Prise en charge	30
E) L'OBESITE	32
a) Définition	32
b) Prévalence	33
c) Physiopathologie	35
d) Causes multifactorielle	37
e) Sport et alimentation	38
II) MATERIELS ET METHODES	40
1) Type d'études	40
2) Population de recrutement	41
3) Recueil des données	41
3) Analyse des Données	42
III) RESULTATS	45
A) CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	45
B) ANALYSE PHENOMENOPRAGMATIQUE	46
1)Obésité vue par le généraliste	46
2)Prise en charge de la personne obèse en médecine générale	48

a) Rôle du médecin généraliste	48
i-Prise en charge globale	49
ii-Evaluation du mode de vie	49
iii- Dépistage des facteurs de risque et des comorbidités	50
iv- Entretien émotivationnel	51
b) Prise en charge multidisciplinaire	52
i- Diététicienne	52
ii-Kinésithérapeute	52
iii-Spécialistes	53
c) Prise en charge spécialisée	54
C) LA PRESCRIPTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE	55
1) Etat des lieux/ce qu'il en est en médecine générale	55
2) Pratique courante	56
3) Frein à la prescription d'activité physique adaptée	57
a)Niveaux socio-économique	57
b) Lieux d'exercice	58
c) Absence de prise en charge par la sécurité sociale	58
d) Absence d'information sur le réseau existant	
d) Manque de compliance du patient	59
4) Levier à la prescription d'activité physique	59
D) INTERET DE LA CREATION D'UN OUTIL DE SUIVI	61
1) Suivi objectif	61
2) Suivi subjectif	61
3) Source de motivation	62
4) Communication inter-professionnelle	62
5) Mise en place de protocole	63
a) Fréquence de suivi	63
b) Paramètres de suivi	64
E) FREINS A L'UTILISATION D'UN SUIVI	65
a) Consultation spécialisée	65
b) Apprentissage	65
c) Absence de valorisation des actes	65
F) LE PATIENT, ACTEUR DE SA SANTE	66
1)Paradoxe entre le souhait d'une prise en charge stricte et l'absence de motivation	66
2) Freins à la pratique d'activité physique	67
G) QUEL SERAIT L'OUTIL IDEAL ?	70

1) Besoins des médecins généralistes	70
2) Attentes des médecins généralistes	71
3) Quelques exemples d'outils	72
IV) DISCUSSIONS	76
A) FORCES DE L'ETUDE	76
B) FAIBLESSES DE L'ETUDE	77
C) SYNTHESE DE L'ETUDE ET COMPARAISON A LA LITTÉRATURE	79
V) CONCLUSIONS	84

I. INTRODUCTION

Mens sana in corpore sano...

La santé par le sport, une longue histoire médicale(1).

Depuis l'antiquité, de nombreux philosophes, dont le père de la médecine moderne Hippocrate (460 -377 Av J-C)(2), préconisait déjà l'exercice physique comme un facteur d'équilibre entre « la force que l'on dépense et celle que l'on absorbe ». Il conseille ainsi la prescription d'exercice tout en tenant compte des dispositions de l'individu et de son environnement, mais bannit les excès.

Les travaux d'Hippocrate ont été basés sur la théorie des 4 éléments (Air , Eau, Terre et feu) qui seraient le fondement de la composition de toute matières, qu'il transposa à sa théorie des 4 humeurs (lymphes, le sang , bile jaune et bile noire), dont l'équilibre assure la bonne santé et le déséquilibre la maladie(1,2). Cette théorie des quatre humeurs avait l'avantage d'être « un système d'une parfaite clarté pour rendre compte d'un monde intérieur entièrement obscur ».

Elle relie les quatre humeurs aux quatre éléments, et aux quatre saisons, englobant le corps et l'âme ou l'esprit. Cette dernière théorie, fût achevée et popularisée par Galien et c'est elle qui dominera les pensées médicales de l'époque jusqu'au temps moderne.

Hippocrate pensait aussi

- D'une part que la combinaison alternative de phase de repos, et d'exercice, est d'une importance souvent capitale.
- D'autre part que les exercices concernent tant les personnes en bonne santé que les personnes malades.

L'autre élément incontournable d'une bonne hygiène de vie et donc d'une bonne santé reste l'alimentation.

L'idéal est de trouver un équilibre convenable entre l'alimentation et les exercices.

De nos jours, la notion de « sport santé » recouvre la pratique d'activités physiques ou sportives qui contribue au bien-être et à la santé du pratiquant.

Ceci conformément à la définition de la santé par l'organisation mondiale de la santé (OMS) : physique, psychologique et sociale.

Il est à noter que la pratique d'activités physiques (3) ou sportives contribue :

- au maintien de la santé chez le sujet sain dans le cadre de la prévention primaire.
- à l'amélioration de l'état de santé de personne vivant de maladie chronique non transmissible (prévention secondaire)
- prévient de l'aggravation et/ou la récurrence de ces maladies chroniques (prévention tertiaire)(4,5).

A. Activité physique :

a) Définition

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'activité physique comme tout mouvement corporel produit par les muscles qui requiert une dépense d'énergie – ce qui comprend les mouvements effectués en travaillant, en jouant, en accomplissant les tâches ménagères, en se déplaçant et pendant les activités de loisirs.

Le terme « activité physique » ne doit pas être confondu avec l'expression « faire de l'exercice », qui est une sous-catégorie de l'activité physique plus délibérée, structurée, répétitive, et qui vise à améliorer ou à entretenir un ou plusieurs aspects de la condition physique.

Au-delà de l'exercice, toutes autres activités physiques, que ce soit pour les loisirs, pour se déplacer d'un endroit à l'autre, ou dans le cadre de l'activité professionnelle, a des effets bénéfiques sur la santé. En outre, une activité additionnelle d'intensité modérée ou vigoureuse permet d'améliorer la santé. (3,6)

b) Effets Métaboliques de l'activité physique

- Le Muscle : effecteur métabolique programmable.

Le muscle est programmé pour stocker du gras dans des conditions de vie précaire, qui ne sont plus les nôtres aujourd'hui.

Le corollaire de ce changement de nos modes de vie caractérisés par une sédentarisation, est l'augmentation de l'obésité.

En effet, il a été démontré, que chez les personnes obèses, sédentaires cette capacité de stocker du gras, reste effective même in vitro.

Un cycle naturel dont nous pouvons modifier la programmation par le biais de la pratique d'une activité physique(7).

- Le Muscle : régulateur du comportement alimentaire

Des études ont montré que l'activité physique a un impact sur le comportement alimentaire en agissant sur des zones du cerveau en modifiant des réponses neuronales en rapport avec le plaisir de manger.

En fonction du type d'exercice il a été démontré que

- l'effet satiétogène d'un repas, peut augmenter avec les exercices d'endurance d'intensité modéré,
- ou au contraire augmenter son effet orexigène, comme on peut le constater avec les exercices intenses, stressant(8).

- Le Muscle : régulateur de la glycémie.

Lors de l'exercice physique, le muscle consomme des glucides et des acides gras. D'où la nécessité de maintenir une glycémie stable. Pour cela il faut ôter le verrou insulinique et activer les systèmes de production de glucose.

Ce qui aura pour conséquence une augmentation de la sensibilité à l'insuline et une régulation du contrôle glycémique avec une amélioration des facteurs liés au syndrome métabolique(9,10).

Transformations physiologiques - Avantages cliniques

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| • ↑ Equilibre | • ↓ Cancer du sein |
| • ↑ Densité osseuse | • ↓ Cancer du colon |
| • ↑ Densité des capillaires | • ↓ Pathologie coronaire |
| • ↑ Diamètre des artères coronaires | • ↓ Dépression |
| • ↑ Fonction endothéliale | • ↓ Gain de poids excessif |
| • ↑ HDL | • ↓ Fractures |
| • ↑ Fonction immunitaire | • ↓ Blessures après chute |
| • ↑ Sensibilité à l'insuline | • ↓ Ostéoporose |
| • ↑ Masse corporelle maigre | • ↓ Risque de mort |
| • ↑ Volume mitochondrial | • ↓ AVC |
| • ↑ Recrutement unité motrice | • ↓ Diabète type 2 |
| • ↑ Taille des fibres musculaires | • ↑ Fonctions cognitives |
| • ↑ Coordination neuromusculaire | • ↑ Facultés physiques |
| • ↑ Volume d'éjection systolique | • ↑ Maintien du poids |
| • ↓ Coagulation sanguine | |
| • ↓ Inflammation | |

*Les signes ↑ et ↓ indiquent le sens des modifications rapportées aux activités physiques.

c) Recommandations de bonnes pratiques

Dix mille, est le nombre de pas minimum recommandé par jours.

D'après l'OMS, afin d'améliorer leur endurance cardio respiratoire, leur état musculaire et osseux, et réduire le risque de maladies non transmissibles, de dépression et de déclin cognitif, tout individu, ayant des incapacités ou pas, âgés de plus de 18 ans devrait pratiquer au moins, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue (11) par semaines.

L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes.

Pour pouvoir en retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé, les adultes devraient multiplier par 2 les durées d'activité physique citées ci-dessus.

Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux fois par semaines. (12–14)

Ces recommandations peuvent s'appliquer également aux personnes présentant des incapacités, sous réserve de procéder le cas échéant à des ajustements en fonction des capacités, risques ou limites de chacun.

B) L'activité physique adaptée

a) Définition

L'activité physique adaptée (APA), regroupe l'ensemble des activités physiques et sportives adaptées aux capacités de chacun. Le terme capacité regroupe ici à la fois les capacités physiques et les capacités sociales d'un individu.

Elle peut être dispensée auprès de personne en situation de handicap et/ou vieillissante ; atteinte ou non d'une maladie chronique à des fins de prévention de rééducation, de réadaptation, de réhabilitation.

Il en est de même aux personnes en situation précaire à des fins de réinsertion sociale.(15)

b) Par qui ?

Une organisation nationale regroupe les professionnels des APA en France, la Société Française des Professionnels en Activités Physiques Adaptées (SFPAPA).

Ces professionnels sont formés dans des universités (des UFR STAPS en France) qui s'appuient sur les recommandations de sociétés savantes spécialisées, française (Association Francophone pour l'APA – AFAPA), européenne (European Federation of Adapted Physical Activity – EUFAPA) et internationale (International Federation of Adapted Physical Activity – IFAPA).

L'enseignant en APA complète les activités des autres soignants et thérapeutes.

Il ou elle cherche à améliorer les ressources internes, la gestion des situations courantes/à risques, l'autonomie, la santé et la qualité de vie des patients.

Ces objectifs sont d'autant mieux atteints qu'ils s'inscrivent au sein d'une équipe multidisciplinaire. L'enseignement en APA exige de solides connaissances en pédagogie et didactique des activités physiques et sportives, en physiologie/physiopathologie et en psychologie/psychopathologie pour comprendre les besoins des personnes atteintes de maladies chroniques, en situation de handicap ou vulnérables, et dans l'analyse institutionnelle.

Le reste, c'est à dire la mise en pratique, reste de l'art. (16)

C) La sédentarité

a) Définition

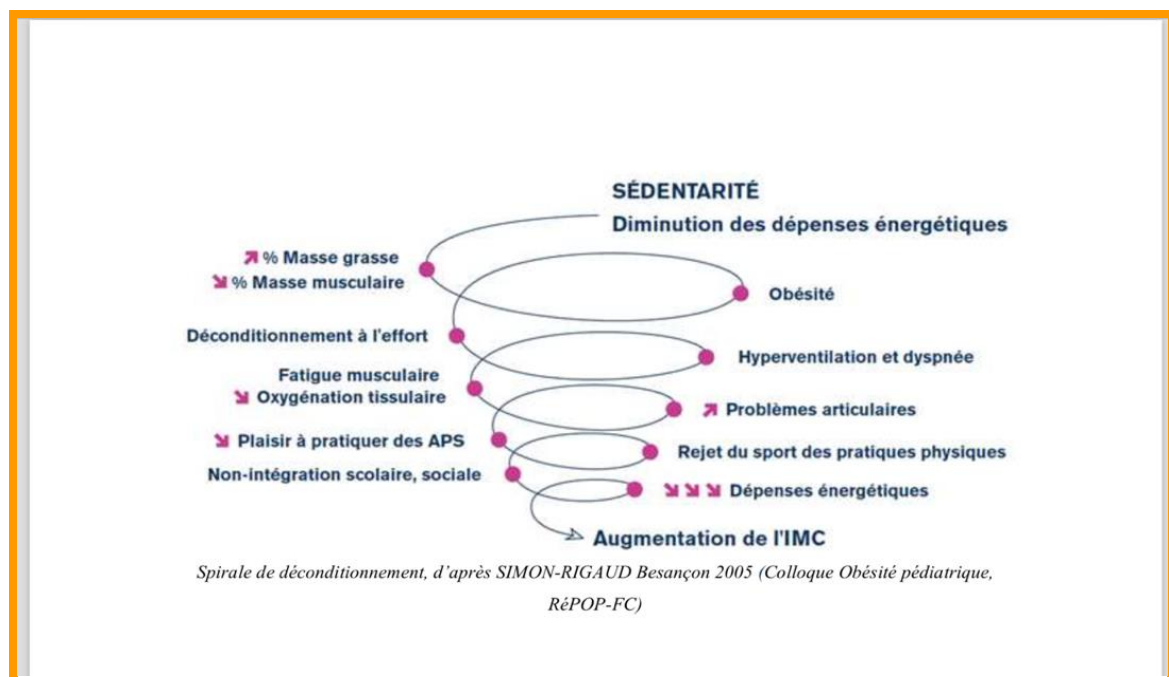
“État d'éveil caractérisé par un niveau de dépense énergétique faible en position assise ou coucher”.

Nous pouvons définir plusieurs degrés de sédentarité en fonction du nombre de temps passé devant les écrans et ou assis.

On distingue alors la sédentarité

faible : < 3h assis, < 2H devant un écran,

et la élevée > 6 assis ou > 3h devants les écrans.(17)

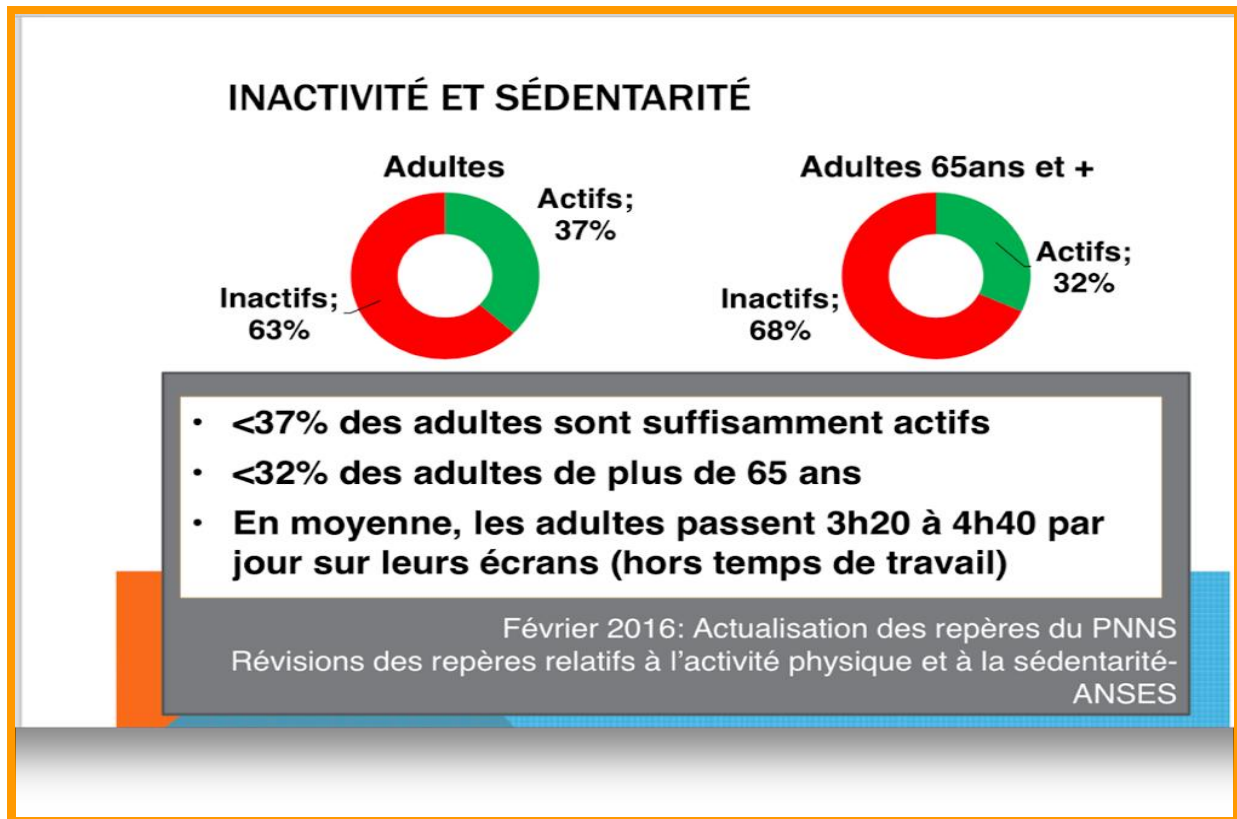


b) Épidémiologie

Près de 31% des adultes âgés de 15 ans et plus manquaient d'activités physiques en 2008 (28% des hommes et 34% des femmes).

L'OMS explique les niveaux actuels de sédentarité par le « manque de pratiques d'exercices physiques pendant les temps de loisirs et une augmentation des comportements sédentaires au cours des activités professionnelles et domestiques ».

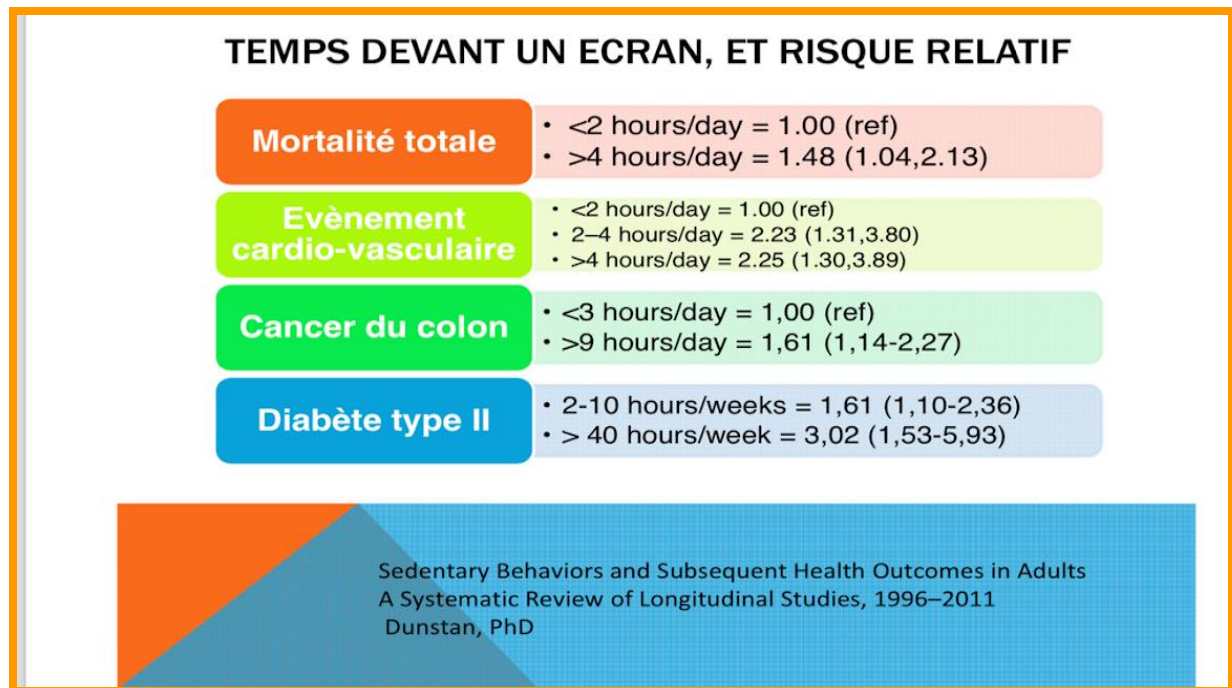
Les modes de transports passifs et les facteurs environnementaux (violence, pauvreté, pollution etc.) favorisent la baisse d'activités physiques (18).



c) Conséquences

La sédentarité augmente le risque de mortalité, la survenance d'événements cardiovasculaires, de cancer du côlon et de diabète de type deux.

Ce risque est corrélé par le niveau de sédentarité. En effet, il est d'autant plus élevé que le niveau de sédentarité est important.(17,19)



D) Activité physique : thérapeutique non médicamenteuse

En 2011, la Haute Autorité de Santé reconnaît l'activité physique comme une thérapeutique non médicamenteuse. Fort de cette reconnaissance, en 2015, une campagne de promotion de la prescription d'activités physiques est lancée.

a) La prescription de l'activité physique : le cadre réglementaire

LOI N° 2016-41 DU 26 JANVIER 2016 DE MODERNISATION DE NOTRE
 SYSTÈME DE SANTÉ

Article 144

« Chapitre II : Prescription d'activité physique

« Art. L. 1172-1.-Dans le cadre du parcours de soins des **patients atteints d'une affection de longue durée**, le médecin traitant peut prescrire une **activité physique adaptée** à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.

Les activités physiques adaptées sont dispensées dans des conditions prévues par décret. » (20)

Les intervenants pouvant dispenser l'activité physique adaptée, sont issus de différents cursus de formation qui appartiennent au corps des :

- **Professionnels de santé** : masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens.
- **Professionnels titulaires d'un diplôme** dans le domaine de l'**activité physique adaptée** (filière des Sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) APA ou APAs).
- **Professionnels du sport et personnes qualifiées** disposant des prérogatives pour dispenser une activité physique aux patients atteints d'une affection de longue durée.
- **Personnes qualifiées titulaires d'une certification délivrée par une fédération sportive agréée.** (21)

b) Rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste, tout en n'étant pas le seul intervenant sollicité dans la promotion des activités physiques et sportives, occupe une place essentielle. En effet, sa proximité avec le patient en fait un intermédiaire idéal pour transmettre les messages de santé publique.

Les conseils que le médecin prodigue, parce qu'ils sont adressés directement aux patients durant la consultation, sont dès lors personnalisés et individualisés, et auraient un impact plus marqué que les campagnes de prévention.

D'autant que l'impact du message médiatique concernant les activités physiques, présente le plus faible taux d'incitation à changer de comportement, auprès de la population.

Ainsi, le médecin généraliste apparaît comme l'élément fondamental dans l'orientation des sujets obèses vers une activité physique et sportive.

Sa connaissance du patient, son examen clinique et son analyse lui permettent d'établir une vraie ordonnance concernant le choix d'un sport.

De plus, dans les nouvelles orientations de santé publique, c'est à une inversion de perspective sur les APS à laquelle le médecin généraliste est convié.

Essentiellement concentrée sur la délivrance du certificat de non-contre-indication à la pratique physique et sportive, l'action du praticien consistait jusqu'à présent prioritairement à évaluer et écarter les risques.

Or, il s'agit maintenant d'orienter son intervention professionnelle vers la prescription d'APA alors que le patient n'en formule pas nécessairement la demande et que ce dernier, même sédentaire ou peu actif, ne présente éventuellement aucune pathologie exprimée au moment de la consultation. (20,21)

c) Prise en charge

Si la loi prévoit que les frais de traitement des affections de longue durée sont pris en charge intégralement, le décret n'évoque pas la question du remboursement.

Quelques assurances (comme la MAIF) et mutuelles (comme la Mutuelle des Sportifs) ont donc développé leurs propres solutions, et proposent de rembourser des cours pris avec des Coachs APA.

- La sécurité sociale

Actuellement nous ne sommes qu'aux prémices du sport sur ordonnance et l'Etat ainsi que la sécurité sociale ne se sont pas prononcés sur un possible remboursement du sport sur ordonnance.

Cela ne signifie pas qu'à terme ces acteurs ne prennent pas part entièrement au décret afin de proposer des aides financières.

- Les assurances et mutuelles

Ce sont les assurances et les mutuelles qui permettent, aujourd'hui, de percevoir dans un premier temps un remboursement partiel ou total. Précurseurs, de nombreux organismes y réfléchissent et certains proposent même, d'ores et déjà, des solutions.

- Les collectivités territoriales

Adeptes du sport sur ordonnance certaines collectivités territoriales proposent elles aussi des aides financières pour les séances de sport des personnes atteintes d'une affection longue durée. C'est le cas de Strasbourg, Paris, Biarritz ou encore Blagnac qui ont franchi le pas avant le décret du 1er mars en proposant des dispositifs similaires au sport sur ordonnance.

E) L'obésité

a) Définition

D'un point de vue médicale, l'obésité est un « **excès de masse grasse entraînant des inconvénients pour la santé** ».

La masse grasse s'évalue à partir du calcul de l'Indice de Masse Corporelle (ou IMC) qui tient compte du poids et de la taille. (22)

La valeur de l'IMC permet de déterminer un « reflet de la corpulence »: normalité, surpoids ou obésité.

Ainsi, la définition de l'obésité repose avant tout sur le risque morbide et non sur la quantité absolue de masse grasse. Chez l'adulte, on considère actuellement que :

- l'intervalle de l'IMC associé au moindre risque pour la santé est situé entre 18,5 et 24,9 kg/m²;

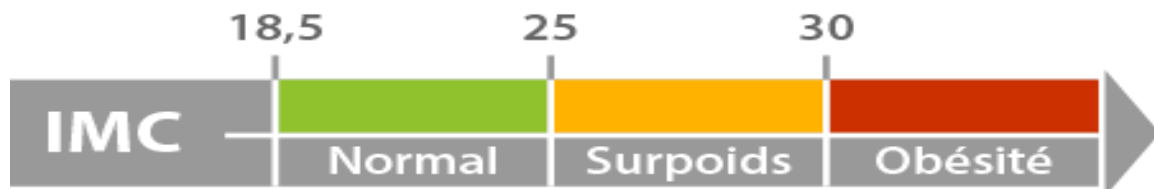
- le « surpoids » correspond un IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m²;

- « l'obésité » est définie par un IMC ≥ 30 kg/m²;

- « l'obésité sévère » par un IMC > 35 kg/m² et < 40 kg/m² et « l'obésité massive » par un IMC > 40 kg/m².

L'IMC, qui est une mesure de corpulence, ne renseigne qu'imparfaitement sur la composition corporelle (masse grasse, masse maigre). Ainsi, il existe certaines limitations de l'utilisation de l'IMC, notamment lorsqu'il s'agit de comparer des populations très différentes.

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids en kg}}{(\text{taille en mètres})^2}$$



Attention : ces valeurs ne sont valables ni chez l'enfant, ni chez le sujet âgé (au-delà de 70 ans).

Par ailleurs, l'IMC ne tient pas compte de la répartition du tissu adipeux dont dépend, en partie, le risque de complications associées à l'obésité.

C'est le cas de l'adiposité abdominale, mesurée par le tour de taille ou par le rapport tour de taille/tour de hanches qui est associée à une augmentation de la mortalité cardiovasculaire et la prévalence du diabète type 2.

Lorsque le tour de taille est supérieur à 90 cm chez la femme (en dehors de la grossesse) ou 100 cm chez l'homme, on considère qu'il y a une obésité abdominale.

b) Prévalence

En raison de l'augmentation exponentielle de son incidence, l'obésité engendrée par un déséquilibre énergétique est considérée comme une épidémie par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Dans le monde, 800 millions d'adultes sont en sur-charge pondérale et, pour la majeure partie d'entre eux, souffrent de pathologies liées au surpoids. En France, la proportion de personnes en surpoids ou obèses a progressé de 36 % à 42 % entre 1997 et 2006, soit une augmentation de 13 %.

Par ailleurs, de plus en plus d'enfants et de personnes âgées sont touchés par ce problème ; 19% des enfants français et 15 % des adultes de plus de 65 ans sont touchés par l'obésité ou le surpoids.(23)

Deux enquêtes nationales, l'une réalisée par l'Institut de veille sanitaire (INVS) et l'autre par l'Institut national du cancer (INCA), entre 2006 et 2007, montrent :

- une prévalence de l'obésité adulte ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$) de 16,9 % et de surpoids ($25 \text{ kg/m}^2 \leq IMC \leq 29,9 \text{ kg/m}^2$, obésité non incluse) de 32,4 % ;
- un pourcentage d'obèses est semblable chez les hommes et chez les femmes mais une prévalence de surpoids plus élevée chez les hommes ;
- une prévalence de l'obésité qui augmente avec l'âge pour atteindre 24 % chez les 55–74 ans, chez les hommes et les femmes ;
- une prévalence de l'obésité sévère (indice de masse corporelle > 35 et < 40) à 3,4 %.

Les études OBEPI (enquête INSERM/SOFRES/ROCHE) menées tous les 3 ans depuis 1997 sur un échantillon national d'adultes (par déclaration téléphonique) montrent en 2006 une prévalence de l'obésité de 12,4 % avec, entre 2003 et 2006, une tendance au ralentissement de l'augmentation de cette prévalence.

Cette tendance est confirmée par une analyse dans les centres d'examen de santé du centre-ouest depuis 1995 (plus de 330 000 sujets au total). Ce ralentissement d'accroissement de l'obésité concerne essentiellement les catégories aisées de la population.

c) Physiopathologie : trouble de la gestion des stocks

La physiopathologie de l'obésité relève de causes multifactorielles dont les mécanismes soulignent l'importance cruciale du contrôle pondéral pour le maintien de la santé.

L'obésité résulte naturellement d'un déséquilibre de la balance énergétique entre les apports et les dépenses énergétiques. L'homéostasie de cet équilibre réside dans le contrôle de la prise alimentaire ou sur l'activité physique spontanée, qui sont aussi régies par le système nerveux qui est à même à tout moment de moduler cette balance.

Même si le terrain génétique est susceptible de favoriser le développement de l'obésité il est clairement démontré que les modifications rapides des habitudes alimentaires et la promotion des activités sédentaires au siècle dernier ont, toutes deux, contribué largement à cet accroissement de prévalence.

L'apport alimentaire est modifié dans son rythme et dans son contenu (plus de glucides simples et de lipides saturés, moins de fibres).

Globalement, on distingue l'étape constitutive de l'obésité où peu de complications sont observées et « l'obésité maladie » qui s'accompagne de complications multiples.

Sur le plan métabolique, l'obésité est le plus souvent associée à l'insulinorésistance, étape qui précède l'apparition du diabète de type 2.

Cette insulinorésistance est liée à l'infiltration des tissus, notamment musculaires, par les lipides en raison d'un flux permanent et accru d'acides gras libres plasmatiques dans ces tissus.

Ces perturbations métaboliques s'accompagnent généralement d'un dysfonctionnement mitochondrial du muscle squelettique, dysfonctionnement qui a été récemment proposé comme le principal facteur causal responsable des pathologies métaboliques associées à l'obésité.

En outre, le tissu adipeux possède aussi des caractéristiques métaboliques uniques lui conférant un véritable statut de glande endocrine. Il est capable de sécréter des substances médiatrices de l'inflammation, de l'athérosclérose, de l'hypertension et bien d'autres potentiellement impliquées dans le développement du syndrome métabolique.

Parmi ces « adipokines », on trouve :

- l'adiponectine dont le rôle est de stimuler l'oxydation des acides gras dans le muscle squelettique, pouvant donc contrecarrer la diminution des capacités du muscle à oxyder les lipides.

-La leptine, dont le rôle est de signaler au système nerveux central l'état des réserves adipeuses corporelles.

La qualité du dialogue entre le tissu adipeux et le muscle peut donc participer à l'induction ou à la correction du dysfonctionnement mitochondrial et contribuer au déséquilibre métabolique.(24)(25)

d) Causes multifactorielles

L'obésité est une maladie chronique multifactorielle. Les traitements actuels ne se focalisent plus sur la seule perte de poids mais sur une approche thérapeutique multidisciplinaire intégrant médecins nutritionnistes, psychiatres, endocrinologues, gastro-entérologues et chirurgiens afin d'établir des stratégies thérapeutiques adaptées à chaque patient.

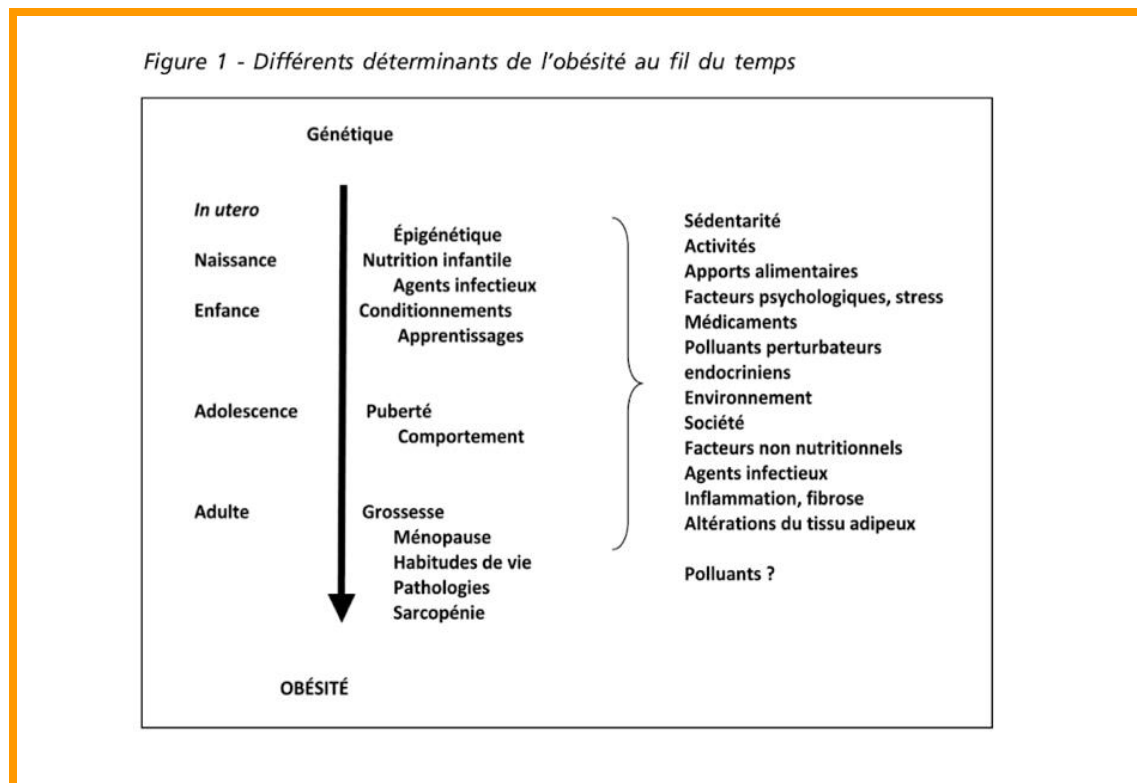
D'autres pistes récentes permettent d'expliquer le développement rapide de l'obésité dans nos pays. Il s'agit de la théorie microbienne, notamment de la microflore intestinale et de «l'empreinte » fœtale.

En effet, le changement de flore microbienne intestinale est capable à la fois de modifier nos capacités digestives et d'activer l'inflammation postprandiale physiologique.

Ainsi, tout changement alimentaire provoque aussi un changement de flore susceptible de favoriser le développement de l'obésité.

En ce qui concerne la nutrition fœtale, il semble que la vitesse de croissance, notamment durant les premières années de vie, et la précocité du «rebond d'adiposité » sont déterminantes pour le devenir métabolique du futur adulte.

Enfin, d'autres explications ont été avancées telles que la dette de sommeil, l'utilisation de psychotropes ou la présence de perturbateurs endocriniens.(25)



e) Formule gagnante ? sport + alimentation

Si l'excès d'énergie perturbe de nombreuses fonctions dans l'organisme, toute stratégie visant à, d'une part, réduire la disponibilité en acides gras, par la voie des lipides alimentaires, d'autre part, à augmenter leur utilisation au cours de l'exercice,

est une approche pertinente de prévention des maladies métaboliques associées à l'expansion du tissu adipeux.

D'autres approches visent à modifier les comportements sur le long terme à travers une démarche d'éducation thérapeutique. L'ensemble de ces approches permet de mettre en place des stratégies nutritionnelles, physiques ou médicamenteuses pour lutter contre le développement de l'obésité et ses complications.

Il ne faut jamais perdre de vue qu'une perte de poids même modeste entraîne de toute façon des bénéfices pour la santé. Dans certains cas, même éviter l'aggravation de l'obésité est déjà un objectif raisonnable dans cette maladie qui a une tendance spontanée à l'aggravation.

La prise en charge médicale globale, les conseils concernant l'alimentation et l'activité physique sont des prescriptions qui nécessitent une surveillance et un soutien tout au long cours. Ce suivi doit être individualisé. De nombreuses études montrent qu'un suivi régulier (environ toutes les 4 à 6 semaines) de façon prolongée contribue à la prévention des rechutes

C'est dans ce contexte, que s'inscrit l'étude que j'ai décidé de mener et qui vise à **identifier chez les Médecins généralistes les représentations et les perspectives d'élaboration d'un outil de liaison concernant le maintien de l'activité physique chez les patients en situation d'obésité.**

Ce qui permettrait d'évaluer les perspectives d'élaboration d'un outil de liaison correspondant aux critères de qualité et d'utilité des patients et des médecins généralistes.

II. MATERIELS ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative avec analyse thématique, et phénoménologique sémio-pragmatique réalisée de façon prospective.

La recherche qualitative permet d'élargir le recueil de données par l'analyse de verbatim. Cela permet un champ d'expression plus large qu'un questionnaire quantitatif.

Ce type d'étude semblait être le plus approprié pour évaluer les besoins et les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la création d'un outil de suivi / liaison de l'activité physique.

2. Population de recrutement

Dans un premier temps, un e-mail avec les caractéristiques de l'étude a été envoyé au conseil de l'ordre des médecins de l'Hérault, afin qu'il soit diffusé, dans le but d'un recrutement basé sur le volontariat.

Sur les 1018 médecins généralistes ayant communiqué leur adresse électronique, aucun n'a répondu favorablement.

Les médecins généralistes ont été sélectionnés au hasard sur la plateforme en ligne DOCTOLIB.

Ils ont été contactés par le biais d'une prise de rendez-vous en ligne.

Les médecins généralistes non installés dans l'Hérault et n'ayant pas une prise de rendez-vous sur Doctolib ont été exclus.

Une variation maximale d'expérience a été recherchée en orientant l'échantillonnage des médecins en termes d'âges, de sexe et de lieux d'exercices.

Le recrutement s'est fait sur la plateforme Doctolib, sur les créneaux de consultation.

Sur les 13 rendez-vous pris en ligne, 10 ont accepté de participer à l'étude, 1 a été exclu de l'étude puisqu'il ne pratiquait plus de la médecine générale et 2 ont refusé de répondre à l'entretien.

3. Recueil des données

Le recueil des données s'est fait à partir d'entretiens semi-directifs individuels.

Ces derniers se sont déroulés en face à face, au calme, au cabinet du médecin généraliste.

Le recueil des données a été réalisé sur une durée de 3 mois d'avril à Juin 2019, dans la région de l'Hérault.

Un guide d'entretien (cf annexe ...) a été utilisé. Il a évolué au fil des entretiens pour s'adapter aux réponses des participants, les versions successives du guide ont été soumises à relecture.

Les finalités de l'entretien ayant été exposées aux participants. Ces derniers ont donné leur accord pour l'enregistrement des entretiens. La captation audio s'est faite à l'aide d'un MacBook, avec l'application Enregistreur Facile et un Iphone8. Ils ont été réalisés par l'enquêtrice (PADOU Trécia).

4. Analyse des données

Chaque entretien a été retranscrit sous format Word de manière fidèle et objective. Les langages verbaux et non verbaux (sourire, pause, rire...) ont été pris en compte. Chaque entretien a ainsi constitué un verbatim (V1 à V10).

Chaque verbatim a été analysé une première fois de façon thématique jusqu'à saturation des données définie par l'absence de pertinence dans les nouvelles données recueillies après recherche de cohérence thématique.

L'analyse nous permet d'obtenir une explication logique d'un phénomène.

Dans un second temps une analyse phénoménologique semio-pragmatique a été réalisée. En se basant sur le modèle d'approche phénoménologique de Peirce, exposée dans le tableau I.

Tableau I. Les trois modes d'être de tout phénomène selon Peirce.

CATÉGORIES	SIGNES	NATURE DES PHÉNOMÈNES
Priméité	Qualité (Qualisigne)	Perçus
		sentiments, émotions, représentations, vécus, tons, esquisses, styles...
Secondéité	Fait (Sinsigne)	Vécus
		expériences, constats, mises en acte, mises à l'épreuve, prises de conscience, relations, réflexivité
Tiercéité	Loi (Légisigne)	Théorisés, institués, interprétés
		principes, concepts, pensées, habitus, théories, schémas subjectifs

L'intérêt de cette méthode est d'explorer l'expérience de la personne à travers une interprétation de son discours. Cette méthode est basée sur la recherche d'un sens aux significations subjectives qui reflètent l'expérience du participant .

Il a été choisi de réaliser à la fois une analyse thématique et une analyse sémio-pragmatique afin de :

- Recueillir une liste exhaustive des thèmes énoncés par les interviewés.
- Explorer l'expérience des médecins généralistes
- Effectuer une triangulation des méthodes.

Les étapes de la démarche analytique ont été :

- Les données ont été retranscrites fidèlement et de manière confidentielle, mot à mot avec une double relecture. Les réactions ont été aussi retranscrites (rire, colère, hésitations etc...).
- Les données ont été analysées par triangulation de l'enquêteur principal et d'une enquêtrice secondaire. Le codage a été effectué au fur et à mesure des entretiens.

Le codage a été réalisé à l'aide du logiciel N.VIVO, il a été effectué en double aveugle par 2 chercheuses (Treicia Padou et Stelly DORSAN). Une triangulation des données a été réalisée par croisement de l'analyse de deux chercheuses entre chaque entretien.

III. Résultats

A. Caractéristiques de la population étudiée

Pour rappel sur un échantillon de 13 médecins généralistes recrutés sur la plateforme Doctolib, 10 ont été interviewés. 1 a été exclu de l'étude car il ne pratiquait plus la médecine générale et 2 ont refusé de répondre au questionnaire.

L'échantillon est constitué de 8 femmes (80%) et de 2 hommes (20%), âgés de 31 à 60 ans, pour une moyenne d'âge à 44,8 ans.

Tous ont une activité de médecine générale en cabinet, libéral, 90% sont en cabinet de groupe et/ou en collaboration.

On remarque que 40% des médecins interrogés ont eu formation complémentaire.

La plupart ont une activité à type des médecines de ville, seuls 2 sont semi rural.

Le recueil de donnée a eu lieu entre Avril et Juin 2019.

Au total, 10 entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données. Ceux-ci ont durée entre 10 et 30 minutes.

Les Caractéristiques de l'échantillon étudié sont exposées dans le tableau suivant.

	SEXE	AGE	Type d'exercice	Année d'installation	Autre formation
V1	Femme	59 ans	Libérale / individuelle	1990	aucune
V2	Femme	33 ans	Libérale / collaboration	2018	aucune
V3	Femme	31 ans	Libérale/ collaboration	2018	aucune
V4	Femme	31 ans	Libérale /collaboration	2017	aucune
V5	Femme	44 ans	Libérale/ collaboration	2010	DESC Soins palliatif
V6	Femme	47 ans	Libérale / collaboration	2008	DESC de médecine d'urgence
V7	Femme	37 ans	Libérale / MSP	2012	DESC Médecine du sport
V8	Homme	50 ans	Libérale / MSP	2007	DESC Médecine d'urgence / Maladie infectieuse
V9	femme	56ans	Libérale / collaboration	1993	aucune
V10	Homme	60ans	Libérale / collaboration	1988	aucune

B. Analyse phénoméno-pragmatique.

1. Obésité vue par le généraliste

Un patient est défini comme étant obèse quand son IMC est supérieur à 35 Kg/m².

Cette définition de l'obésité qui est une définition basée sur des critères objectifs à savoir le poids et la taille, est bien connue des médecins généralistes, qui lors de leur prise en charge du patient, le pèse et le mesure systématiquement.

Sur les 10 médecins interrogés seuls 2 complètent leur examen clinique par la mesure du tour de taille et un seul par l'utilisation d'un adipomètre.

Au-delà de cette vision purement pragmatique de l'obésité, le handicap occasionné par le poids est également au cœur des préoccupations des médecins interrogés.

V4 dit « *j'ai tendance alors à demander depuis quand ils ont un problème avec le poids et si ça leur pose problème est ce qu'ils sont gênés par leur excès de poids au quotidien... »*

Certains iront même plus loin en affirmant que l'IMC n'est pas un bon facteur prédictif de l'obésité, car le poids représente un biais dans le calcul, chez les personnes qui se mettent à pratiquer une activité physique régulière.

V8 exprime cela en disant « *le poids n'est pas toujours un bon indicateur, ils prennent du muscle. »*

Et que la définition de l'obésité ne se résume pas en un chiffre mais plutôt à un ressenti. Comme nous l'explique V10 « *Pour moi un patient obèse c'est quelqu'un qui est handicapé par son surpoids, certaine norme technique qui disent que quelqu'un qui fait une certaine taille et qui dépasse un certain poids est un obèse. Personnellement je suis un peu plus fin, car il y a des gens qui sont beaucoup plus costaud et qui ne sont pas malade, j'entends par là que l'obésité c'est une maladie.... L'obésité n'est pas qu'une question de chiffre tel qu'on nous le dit mais aussi une question de ressenti. Il y a des gens qui bouge avec leur surpoids comme tout le monde et qui ne sont pas essoufflé et d'autre qui n'arrive même pas à parler. »*

2. Prise en charge de la personne obèse en médecine générale.

a) Rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste, a un rôle capital dans la prise en charge des personnes en situation d'obésité, V10 dit « *La place du médecin généraliste serait la détection ou le déclencheur, sachant que souvent la demande de l'obèse serait : je veux maigrir docteur donnez moi quelque chose pour maigrir* »

d'une part par son rôle de coordinateur des soins, mais aussi par son rôle de soignant de premiers recours, il est en première ligne pour dépister toutes situations d'obésité ou à risque d'évoluer vers une obésité.

Pour V4 « *je calcul toujours l'IMC* », V2 « *je mesure régulièrement le poids* ».

Il dispose d'une base de données empirique incroyable qui lui permet, à tout moment du parcours de soins d'accompagner, d'encourager et d'encadrer les patients.

Son rôle consiste également à prendre en charge un patient obèse sans jugement ni à priori, et instaurer un climat de confiance qui est la base d'une prise en charge réussie, comme le souligne V10 « *Les bonnes conditions de prise en charge des patients obèses c'est déjà de le prendre en charge tel qu'il est, de l'accepter tel qu'il est ne pas le regarder comme le gros qui fait chier, le racisme anti obèse existe bien, il faut parfois savoir accueillir les gens obèses sans qu'il y ait le regards des autres qui les paralysent* ».

« Des fois j'essaie de tendre la perche un petit peu , j'essaie de leur dire « si vous voulez en parler ou si vous voulez être aidé »V9

- **Prise en charge globale**

Prendre en charge un patient en situation d'obésité, ne se résume pas uniquement à traiter le problème de poids.

Le patient est pris en globalité, avec une évaluation psychologique, diététique, recherche de facteurs déclenchant, recherche de facteur génétique, ect...

Pour V2 cela se résume à *« je fais toujours un bilan physique, psychologique et biologique. »*

Cette prise en charge globale, permet d'établir un état des lieux initial, à partir duquel des décisions thérapeutiques vont être prises.

Pour conclure, V8 *« C'est surtout le bilan initial qui va m'intéresser c'est-à-dire le contexte de vie du patient, l'historique de l'obésité, tenter de comprendre les facteurs clés psychologiques, comportementaux, alimentaires, Endocrinien »....*

V6 *« ah oui les grosses obésités je les adresse au CHU, aux consultations des maladies métaboliques du professeur Avignon »*

- **Évaluation du mode de vie**

Pour beaucoup de médecin, l'évaluation du mode vie est une priorité, surtout dans notre société où la sédentarité est un problème de santé publique comme nous le

fait remarquer V4 « *on est dans une société qui ne bouge pas il faut vraiment qu'ils aient des motivations... ou qui soit des habitudes et dans ce cas ça ne va pas aller dans le Sens de l'obésité... »*

Cette évaluation, leur permet d'appréhender les besoins et les attentes du patient à la recherche d'un accompagnement pour la perte de poids.

Comme pour V4 cela peut concerner tous les versants de leur mode de vie « *je leur demande aussi leur métier pour savoir si c'est un métier physique ou plutôt sédentaireje leur demande rapidement de me décrire leur leurs habitudes alimentaires s'il y a des grignotage entre les repas ainsi ils ont une alimentation variée équilibrée ça me permet de détecter les personnes qui cuisine pas qui mange par facilité dans les fast-food ... »* ou se limite juste à une évaluation de l'activité physique dans la vie de tous les jours.

▪ **Dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaires et des comorbidités**

Toute prise en charge de personne obèse, passe par la recherche des autres facteurs de risques cardio vasculaire tel que :

- L'hypertension
- Dyslipidémie
- Pré diabète / Diabète
- Tabagisme
- La sédentarité
- Antécédents familiaux

La consultation classique de médecine générale, permet de dépister la quasi-totalité des facteurs de risques cardiovasculaires, comme en témoigne la totalité des médecins interrogés, c'est ancré dans la pratique.

La recherche de comorbidité tel que : le Syndrome d'apnée obstructif du sommeil, les cancers, les troubles ostéo articulaires , les troubles ventilatoires, la stéatose hépatique non alcoolique; demande quant à elle une attention toute particulière, car même en étant bien informé sur le sujet, le généraliste se retrouve souvent confronté à des situations où le motif de consultation cache un problème de santé bien plus important, comme nous l'explique V5 « *Ça dépend à quel point ils ont un symptôme, mais c'est vrai que je cherche systématiquement un au-delà de ce qui me présente comme symptôme et je viens à trouver des apnées du sommeil...* » , V4 « *souvent une plainte qui revient le mal de dos chez la personne en surpoids...* »

▪ **Entretien motivationnel**

Etre formé à l'entretien motivationnel est un vrai atout. Dans cette étude, 7 médecins sur 10 se sentent impliqués dans la motivation de leurs patients, tous les médecins admettent que garder un patient motivé tout au long de son parcours s'avère fastidieux.

« *Ce qui est important dans notre rôle c'est de faire comprendre aux gens qu'il n'y a pas de fatalités et que c'est eux qui ont la clé numéro 1 mais qu'on peut les aider pour le début par nos conseils* »V8.

b) Prise en charge multidisciplinaire

▪ **Diététicienne / nutritionniste**

Les diététiciens/ nutritionnistes sont de loin la spécialité vers laquelle les médecins généralistes orientent le plus leurs patients en situation d'obésité. En effet, parmi toutes les causes de l'obésité, l'excès des apports nutritionnels, contribue avec le manque d'activité physique au déséquilibre de la balance énergétique, et est l'une des seules causes, curable de façon relativement simple.

« Je leur propose de rencontrer une diététicienne... » V4

« Dans tous les cas il y aura un suivi diététique associé » V7

« C'est pour les Personnes pour lesquelles en fait l'enquête diététique ne montre pas de très grosse erreur ou en tout cas n'explique pas l'obésité et donc on sait que ce sont des gens chez qui ça sera uniquement par les sorties et non pas par la restriction des entrées qu'on va pouvoir les aider. » V8.

▪ **Kinésithérapeute**

Parmi les médecins interrogés, quatre médecins déclarent prescrire des séances de kinésithérapie, à défaut de prescrire des séances d'activités physiques adaptées, tel que le prévoit la loi.

Ces séances ont pour but :

- Faire une réadaptation à l'effort, en vue d'une prescription d'activité physique plus soutenue.

- A titre d'activité physique, avec des prescriptions d'exercices de renforcement musculaire, de gainage afin d'éduquer le patient dans l'espoir qu'il puisse mettre en pratique les exercices appris avec le kiné.
- Réadaptation, chez des patients ayant des pathologies ostéoarticulaires, dues à leur surpoids ou secondaires à une blessure lors de la pratique d'une activité physique.

Toutes ces indications sont bien définies par les interviewés :

V4 « *ça m'arrive de prescrire des séances de kiné pour montrer des exercices de gainage ...* »

V8 « *ça m'arrive de prescrire effectivement des séances de rééducation douce à l'effort en dessous du seuil ventilatoire...et de prescriptions pour les séances de kiné de type réadaptation à l'effort.* »

V9 « *Et puis parfois je prescris de la kiné pour que les gens, commencent ne serait qu'à bouger un petit peu sans être douloureux, avoir des conseils, pour être accompagné.* »

▪ **Spécialistes**

De nombreux spécialistes entrent en jeu dans le parcours de soin, au premier plan nous retrouvons les cardiologues, dont le rôle est à la fois de diagnostiquer et de traiter les comorbidités liées aux surpoids, mais aussi de déceler les contres indications à la pratique d'une activité physique, par le biais des épreuves d'effort notamment.

Puis viennent les endocrinologues. Sachant que toute personne en surpoids est susceptible de développer une insulino résistance voire un diabète, ces spécialistes sont donc indispensables à une prise en charge optimale.

Et pour finir, les psychiatres et psychologues, interviennent dans le bilan initial pour déceler les causes psychologiques de l'obésité.

Certains médecins ne dissocient pas le bilan nutritionnel et psychologique et en font une prise en charge commune :

V1 « *les causes psychologiques en cause dans les troubles alimentaires...j'ai plus une approche psycho diététiques. »*

V5 « *je les envoie voir un nutritionniste COMPORTEMENTALISTE , moi je travaille beaucoup les nutritionniste comportementaliste »*

Pour résumer V10 « *Mais aussi les envoyer vers le cardio, passage obligé vers la diététique voir l'endocrino, pour s'assurer qu'il n'y ai pas de problème métabolique, ce qui n'ai pas toujours le cas. Car les gens sont obèses et peuvent être juste obèse. »*

c) Prise en charge spécialisée

V1 « *je les adresse aux professeurs Avignon à l'hôpital ou (hésitation) je les adresse à Grau-du-Roi au service de Ssr obésité... »*

Comme V1, 4 des médecins interrogés orientent leurs patients en situation d'obésité morbide et/ou ayant des comorbidités aux services spécialisés du CHU, plus exactement aux services du Pr AVIGNON.

V9 *“ on les oriente vers des consultations spécialisées ...à Lapeyronie en particulier avec le Dr Avignon qui a une approche Je ne sais pas comment on dit ...comportementale”*

De plus 9 médecins sur 10, estiment que passé un certain stade, l'obésité doit être prise en charge par des professionnels spécialisés.

C) La prescription de l'activité physique

1.État des lieux / Ce qu'il en est en médecine générale

Tous les participants à l'étude savent que la prescription d'activité physique par le médecin généraliste est désormais possible.

V3 *« Jamais entendu parler effectivement que ça commençait à se faire »*

V4 *« Alors je sais c'est que ça existe j'en ai entendu parler un congrès de médecine générale »*

Et ils déplorent tous le manque d'information à ce sujet mais aussi et surtout le manque de formation des médecins par les organismes de santé.

V3 *« c'est surtout qu'en pratique je ne sais pas comment faire, ni à qui envoyer, comment ça se passe... »*

V2 *« je pense qu'il faudrait aussi en parallèle où commencer par ça laquelle rappeler aux médecins qu'on peut prescrire de l'activité physique... »*

V6 *« je me suis adressé à la CPAM Je ne sais plus quand avec la dame qui vient Régulièrement nous informer On ne sait pas faire même eux ils ne savent pas quoi nous dire... »*

2.Pratique courante

En pratique, la prescription d'activité physique reste informelle. Celle-ci est dispensée sous forme de conseils : prenez le vélo au lieu de la voiture, l'escalier au lieu de l'ascenseur, et de règles de bonnes pratiques basées sur les recommandations telle que : 10000 pas par jour (V5) ou 30 min d'activité physique (V8).

Les médecins interrogés sont particulièrement attachés, à ce que cette « prescription » s'intègre dans le mode de vie des patients, en passant par une augmentation de leur activité physique quotidienne.

V4 « souvent j'essaie de passer par une augmentation de l'activité physique dans le quotidien souvent ça passe par la marche à pied, pas vraiment du sport mais plus une augmentation de l'activité de base. »

En effet, la marche est l'activité physique de référence proposé pour tous les médecins interrogés. Car *« c'est vrai que les gens sont plus sensibles à la marche »* V2. Et c'est une activité physique facilement compatible avec le mode de vie, si on applique des règles simples, comme nous l'explique V5 *« mes patients qui circulent en tram je leur dis de descendre 3 stations avant la leur ... et de continuer à pieds et là il me dise « à oui, c'est une bonne idée. En fait se sont des choses auxquelles ils ne pensent pas ».*

Seuls deux médecins interrogés utilisent une ordonnance pour prescrire de l'activité physique notamment des ordonnances types.

V8 lui va un peu plus loin que le simple conseil ou la simple ordonnance, en empruntant aux patients qui le souhaite un podomètre afin qu'ils puissent essayer de respecter sa prescription.

V8 *« je mets à disposition pour les patients, je prête un bracelet « compte pas » qu'ils mettent pendant une semaine pour que je puisse avoir une idée de leur quantité d'activité physique quotidienne ».*

3. Frein à la prescription d'activité physique adapté

▪ **Niveaux socio-économique / Culture**

Les médecins exerçant dans les zones défavorisées, où la patientèle possède de faibles revenus et/ ou est de culture différente notamment Musulmane se disent réticents à la prescription d'activités physiques car celle-ci ne va pas être suivie.

D'une part parce que certaines pratiques culturelles, comme le port du voile, sont difficilement compatibles avec certaines activités physiques, *« la piscine par exemple pour les femmes ça me paraît logique de proposer la piscine pour les douleurs articulaires mais voilà... » V2.*

« La femme maghrébine voilée qui vit à la maison et qui ne travaillent pas, c'est assez difficile de l'emmener à la piscine » V1

Et d'autre part *« il faut savoir que ça c'est payant et donc tout le monde n'est pas sur un suivi de très longue durée » V5.*

Donc je prescrit *« seulement quand il accepte de régler en fait. Parce qu'après comme ce n'est pas remboursé les gens ne veulent pas. V7»*

▪ Le lieu d'exercice

Cette étude permet de faire ressortir une variabilité dans la prescription d'activité physique en fonction du lieu d'exercice, V2 admet ne pas prescrire d'activité physique depuis son installation dans la région de Montpellier, ce qui n'était pas le cas en Seine saint Denis son ancien lieu d'installation.

V6 admet être un peu perdu et déplore que ça ne soit pas aussi développé qu'en Alsace, à l'instar de Prescri Mouv'(26), Programme développé par l'ARS Grand EST.

Tous évoquent le manque de promotion des différentes structures ou programmes en place dans la région de l'Hérault et donc se sentent perdus quand il s'agit de prescrire par ce qu'ils ne savent pas vers qui se tourner.

▪ Absence de prise en charge.

La prescription d'activité physique n'étant pas prise en charge par la sécurité sociale. Certains praticiens ne comprennent pas l'intérêt d'une prescription comme nous l'explique V4 *« du coup j'ai du mal à comprendre l'intérêt d'une prescription s'il n'y a pas de remboursement derrière ...comme ma prescription ne va pas être soutenue par la sécu je me dis qu'est-ce que ça va changer de plus que je le dise oralement ou que je l'écrive sur un papier »*.

L'absence de prise en charge représente un véritable frein.

« Ce qui aiderai vraiment c'est une prise en charge par la sécu et /ou par les mutuelles de l'activité physique adaptée quand c'est indiqué. Parce qu'à ma connaissance ce n'est toujours pas le cas et c'est un frein non négligeable. » continue V4.

▪ Manque de compliance du patient

L'une des craintes souvent exprimée par les médecins, au sujet de la prescription d'activité physique est « *qu'elle n'y aille pas à la personne et que ce soit inutile* » comme l'exprime V2.

Donc l'absence de compliance du patient, pouvant être vécu comme un échec de la part du prescripteur, engendre un climat défavorable à la prescription d'activité physique adaptée.

« *Souvent on voit que ce soit au niveau alimentaire ou activités physique on voit que les patients sont compliant ou ont l'aire compliant au départ, et il ne s'y tiennent pas spécialement* »

« *Mais globalement c'est plutôt décevant* » conclue V1.

4. Levier à la prescription de l'activité physique

• Les effets de l'activité physique

“*Alors je suis intimement convaincu des bienfaits de la pratique d'activité physique*” déclare V4, ainsi que la totalité des médecins interrogés.

Certains vont mettre l'accent sur l'amélioration d'un symptôme ou des marqueurs sur de la biologie “*Le lien entre faire faire de l'activité physique Et le lien sur la biologie...l'amélioration de tous ces signes ça c'est évident*”V6 et d'autres voient

en l'activité physique un véritable tremplin à l'amélioration de la qualité de vie comme l'explique V8.

“Le sport c’est le meilleur médecin, le meilleur psychologue, le meilleur réseau social » c’est bien meilleur que tous ces machins de facebook... les gens qui font du sport sont en général sains dans leur tête ...en général ce sont des gens qui sont mieux dans leurs pompes, dans leur tête et dans leur corps.”

- **Population cible**

En ciblant la prescription d'activité physique à une certaines populations, notamment, aux personnes fragiles, isolées socialement, avec peu de revenu, cela permettrait de créer un lien social et de les sortir de cet isolement.

Par ailleurs en ciblant une certaine population, atteintes de pathologies chroniques notamment cela encouragerait la prescription, car il y aurait une indication médicale. Afin d'éviter de tomber dans l'abus, comme le revendique un peu V3.

“Ca incite une certaine mentalité, que tous leurs soit remboursé il faut que les gens soient aussi responsable de leur santé et le fait que tout soit remboursé et que tout soit sur prescription médicale n’est pas forcément une bonne idée pour tout après c’est mon avis à moi.”V3.

D) Intérêt de la création d'un outil de suivi

« Je ne dis pas que ça n'a pas d'intérêt mais moi personnellement je ne vais pas l'utiliser mais ça ce n'est pas le reflet d'un éventuel intérêt général », V1.

En dehors de V1, citation ci-dessus, les interviewés trouvent un intérêt à la création d'un outil de suivi et estiment qu'il y aurait sa place dans leur pratique habituelle.

1. Suivi Objectif

L'un des intérêts de ce type d'outil, est la mise en place d'un suivi objectif basé sur des marqueurs cliniques tel que le poids, le périmètre abdominal, la mesure de la tension artérielle ou le nombre de pas et des marqueurs biologiques tel que le taux de triglycérides, cholestérol ou l'HbA1c.

«Pour que ça soit motivant aussi pour le patient d'avoir ce visuel des courbes qui descendent. » V3

« C'est motivant pour eux, c'est motivant pour mon patient de voir que quand il a fait ...tac il est à tel niveau d'activité...ah tiens je vois que mon HbA1C est à tel niveau, ah tiens c'est pas mal...AH bin ça oui c'est du motivationnel » V6

2. Suivi subjectif

Le ressenti des patients semble être un excellent élément de suivi de l'activité physique.

En évaluant de façon régulière, leur ressenti, cela permet d'avoir une idée de leur évolution et de déceler l'apparition de complication par exemple.

En se basant sur des sensations telle que la douleur, la fatigue, le bien être ou des sentiments telle que la joie, la fierté ou la tristesse.

Mais aussi sur l'amélioration des symptômes : patient moins essoufflé, disparition des douleurs...

« Une partie pour que le patient puisse lui aussi noter ses douleurs et qu'il puisse se rendre compte que son évolution. » V2

« Mettre aussi une partie sur le ressenti « comment je me suis senti ...je suis rentré en voiture ou je suis rentré à pied » ... comment je me sens en rentrant de la maison ... Est-ce que j'ai ressenti du plaisir ou du déplaisir... oui ce jour-là le tram était super bondé, du coup j'ai marché c'était super géniale et j'ai bien aimé ce jour là » ... pour qu'on puisse débriefer un peu » V5.

3. Source de motivation

« Ah déjà ça motiverait la personne à en parler à s'impliquer dans la démarche » V2.

« Serait une source de motivation pour le patient » V3.

La plupart des médecins interrogés estime que la création d'un outil de suivi de l'activité physique aurait pour avantage d'initier une prescription, par le biais d'exemple de prescription ou d'aides à la prescription mais aussi, et surtout être une source de motivation pour le patient, car celui-ci aurait accès à des données concrètes, lui permettant d'évaluer les résultats de ses efforts ou au contraire lui permettant d'identifier ses erreurs.

4. Communication inter professionnelle.

La prise en charge de la personne en situation d'obésité étant une prise en charge pluridisciplinaire, créé un outil de suivi permettrait également de faire la liaison

entre les différents intervenants, est aussi un apport essentiel visant à faciliter les échanges.

La communication inter professionnelle, doit être potentialisée au maximum afin d'augmenter les chances de réussite.

Car on remarque que seulement deux participants, adaptent leur suivi en fonction de la fréquence du suivi des autres intervenants tel que les kinésithérapeutes et les diététiciennes.

« Mais bon le kiné est vu déjà, je pense, une fois par semaine, nutritionniste au moins une fois tous les 15 jours, donc en fait, je dirai une fois par mois au moins pour moi. Après à adapter en fonction » V7.

5.Mise en place de protocole

La création d'un outil de suivi permettrait d'établir un cadre basé sur les recommandations et les objectifs de santé publique, qui faciliteront la prescription.

○ Fréquence du suivi

La fréquence du suivi est un élément qui reste à définir. Car pour le moment chacun, y va à sa manière. Tous les mois pour V7 et V8, Tous les 2- 3 mois pour V4 et tous les 3 mois pour V3.

En établissant une fréquence de suivi de référence cela permettrait, d'une part de diminuer le nombre de personnes perdues de vue et d'autre part de systématiser la pratique en médecine générale. Comme pour le suivi des diabétiques.

- Paramètres de suivi

Ce qui ressort des interrogatoires, sont 2 grandes idées répertoriées dans le tableau suivant :

Amélioration des performances	Quantification des effets de l'APA	
Nombre de pas	Diminution du poids	
Nombre de kilomètre parcourue	Diminution du périmètre abdominale	
Amélioration du souffle	Équilibre glycémique	
Disparition des douleurs	Diminution des symptôme (SAOS)	
Nombre de séances	Amélioration de l'humeur	
Intensité des séances	Amélioration de la qualité de vie (sommeil)	
Types d'exercice pratiqué		

V10 évoque tous ces aspects en disant : un outils qui « permettrait d'avoir un rapport d'activité, qui permettrait aux gens de comparer leur profil au fil des semaine , des mois, et de pouvoir le montrer à un médecin en disant aujourd'hui je suis passé à 3 séances par semaines et qu'elle sont plus longue , plus intense ...et d'avoir cette petite émulation et un côté plaisir , parce que c'est amusant de faire quelque chose et de voir que sa marche et de pouvoir le montrer à quelqu'un

et que ce quelqu'un ai quand même une gratification à titre personnel et même une satisfaction en tant que prescripteur ».

E) Frein à l'utilisation d'un outil de suivi

1. La consultation de médecine :

Les études ont montré que la durée moyenne d'une consultation de médecine générale est de 16 min. Durée qui paraît être insuffisante pour le principal intéressé.

« Le temps c'est sûr que si on a plein temps... si j'avais une heure par patient peut-être que j'utiliserai ce genre de choses. » V1

La priorité étant accordée à l'examen clinique et à l'interrogatoire.

2- Apprentissage

Pour pouvoir utiliser un outil, il faut savoir comment l'utiliser ce qui implique un temps d'apprentissage. Celui-ci doit être le plus court possible.

N'ayant pas le temps de se former à l'utilisation d'outils de plus en plus nombreux, les généralistes, privilégient leur formation continue, ou à leur travail universitaire notamment pour les maîtres de stage.

« On n'a pas forcément le temps de se former au truc comme ça...on n'a pas le temps de se plonger dans un truc en plus... » V2

3. Absence de valorisation des actes

Ces consultations ne bénéficiant pas de la reconnaissance de consultation spécialisée au même titre que les consultations complexes à la sortie d'hospitalisation par exemple, donc ne pouvant pas être cotées, alors que celles-ci

demandent une certaine implication et empathie de la part du généraliste, qui doit effectuer avant tout un état des lieux de l'obésité.

Le ratio Temps/tarif n'étant pas attractif, cela représente un frein à la prescription et à l'utilisation d'un outil de suivi en médecine générale.

« Alors là c'est encore une histoire d'argent... je ne sais pas je pense que ça s'est un peu utopiste surtout dans une société qui rogne sur toutes les dépenses de santé.

» V1

F) Le patient, acteur de sa santé

1. Paradoxe entre le souhait d'une prise en charge stricte et l'absence de motivation

« Je veux maigrir docteur donnez moi quelque chose pour maigrir » V10.

Et souvent la réponse à cette demande a été pendant des années des prescriptions de régimes hypocaloriques. Ce qui a eu pour conséquence un formatage des patients obèses, pour qui la perte de poids implique forcément une restriction drastique des apports alimentaire.

Mais aujourd'hui les praticiens sont plus au fait sur les conséquences et répercussions de ce type de régime et refusent pour certains d'en prescrire, et emploient d'autres méthodes basées sur les sensations alimentaire comme nous l'explique V3 *« donne des petits conseils au niveau alimentaire : attendre d'avoir faim avant de manger et s'écouter, écouter la satiété, manger lentement, avoir une alimentation variée, sans grignotage, sans faire de régime particulier ».*

Méthode également employée par V5, qui remarque une certaine ambivalence des patients qui disent *« oui c'est ce que je veux, c'est ce qu'il me faut, je ne veux pas de régime » mais en fait ce qu'ils veulent c'est un régime, avec des règles strictes : comme peser 100g de riz, 30 g de dinde ... »* V5. Mais ils ne s'y tiennent pas : *« j'ai beau leur dire... Ils me disent "OUI OUI OUI" il y en a qui font, mais après il y en a d'autres, ils me disent : "voilà je n'ai pas fait"V7.*

Pour 1e médecin sur 10, le patient n'a pas encore compris l'intérêt d'un mode de vie sains associant équilibre alimentaire et activités physiques car *« quand on parle d'activité physique ils répondent « moi je voudrais être opéré perdre du poids » V4.* Ce qui peut être interprété, parfois à tort, comme un manque de motivation de la part du médecin.

2. Freins à la pratique d'activité physique

« Très souvent les personnes installées dans une obésité vous donne 10 milles raison pour vous expliquer que ce n'est pas possible de faire du sport. » V1

Les freins à la pratique de l'activité physique sont ici, identifiés par les médecins généralistes, au cours de leur consultation et non pas par les patients.

○ Le manque de temps :

La totalité des médecins interrogés identifie le « manque de temps » comme étant le frein principal de l'activité physique.

« C'est je n'ai le temps de faire du sport », V3.

« Ce qui ressort c'est « j'ai pas le temps », V4.

« Je n'ai pas le temps. J'ai autre chose à faire. Je suis fatiguée. J'ai mal partout...

Enfin voilà.»V7

- Le manque d'argent :

Puis en 2^e position vient le « manque d'argents », en effet l'activité physique adaptée n'étant pas prise en charge par la sécurité sociale, ni par les compléments santé en tout cas en totalité dans la majorité des cas, les personnes en situation financière précaire ne peuvent pas suivre une prescription sur le long terme.

Les clubs de sport, étant tous payant, cela représente un budget que beaucoup de personnes ne peuvent pas assumer.

« Les patients qui ont des difficultés financières pour faire un sport par exemple »
V3.

« Les clubs payant ce n'est pas forcément facile » V2.

- Le manque de confiance en soi :

« Est-ce que c'est parce qu'ils sont timides ? on a du mal à aller vers les autres donc il faut faire les choses tout seul et quand on fait les choses du tout seul on a du mal, on ne le fait jamais donc il faudrait se mettre dans un club mais ça voudrait dire passer au-delà d'une certaine timidité. » S'interroge V1.

Le manque de confiance en soi est un frein identifié près de 8 fois sur 10 par le médecin généraliste.

La personne obèse est très souvent mal à l'aise avec son corps, dans cette société qui prône la maigreur. Donc lui demander de faire du sport dans des salles qui s'apparente plus à un showroom de défilé de mode qu'à une salle de sport, ou de se mettre en maillot de bain au milieu de personnes dite de corpulence "normale", revient à le ramener à la réalité de sa maladie.

- Les symptômes

On peut distinguer deux grandes classes de symptomatologies :

- D'une part les symptômes liés à l'obésité tels que les douleurs articulaires, l'essoufflement, qui augmentent la pénibilité de l'exercice physique.

« C'est douloureux d'être obèse » V9

« Souvent une plainte qui revient le mal de dos chez la personne en surpoids » V4

« Notamment pour les personnes en situation d'obésité, son activité physique est beaucoup moins agréable que les personnes n'ayant pas de problème de poids par rapport au justement aux douleurs articulaires et leur manque de souffle... » V5

- Et d'autre part les symptômes secondaires à l'activité physique, tel que les courbatures, les douleurs articulaires qui émaillent la motivation.

« Parce que le sport demande un effort mental et quand l'énergie mentale est consommée par une difficulté qui va les obliger à prendre sur eux, la première chose qui va sauter ça va être ça ».V8.

- L'âge :

Il est évident qu'un patient de 70 ans ne peut pas avoir le même entrain, la même facilité à pratiquer une activité physique, qu'un patient jeune de 40 ans.

L'âge, ce frein irréversible, apporte avec lui tous les désagréments liés au vieillissement physiologique et/ ou pathologique.

De plus, il est beaucoup plus compliqué de changer les habitudes d'une personne installée dans son obésité depuis des décennies.

“Plus on avance dans l'âge au moins ça marche” souligne V1.

G) Quels serait l'outil idéal ?

1. Besoins des médecins généralistes

Sur les 10 médecins interrogés, un seul d'entre eux estime ne pas avoir besoins de ce genre d'outil dans sa pratique, car cela ne rentre pas dans ces habitudes.

Néanmoins, il trouve l'idée de la création d'un outil de suivi de l'activité physique très pertinente et pense qu'il y a un intérêt général.

« Je ne dis pas que ça n'a pas d'intérêt mais moi personnellement je ne vais pas l'utiliser mais ça ce n'est pas le reflet d'un éventuel intérêt général. » V1.

Sinon, la création d'un outil de suivi est accueillie avec intérêt.

Ils y voient l'opportunité d'augmenter leur prescription d'activité physique, mais aussi d'améliorer l'accompagnement et l'encadrement des patients débutants une activité physique quel que soit sa pathologie ou son état de santé.

2. Attentes des médecins généralistes

Les attentes des médecins généralistes sont :

- **Un outil facile d'emploi** : pour le patient mais aussi pour le professionnel de santé, ne disposant pas de beaucoup de temps en consultation les informations doivent être claires et facilement accessibles.

- **Un outil ludique** : afin de maintenir un certain intérêt du patient et entretenir sa motivation. Certains imaginent des codes couleurs, et/ou des courbes qui traduiraient une évolution favorable ou défavorable, d'autres des messages ou des notifications afin de motiver de rappel les objectifs, et puis d'autres proposent la création de groupes, de clubs ou de réseaux afin de créer un lien social.

- **Un outil personnalisable**, modulable pour qu'il puisse être adapté à plusieurs profils de patient en tenant comptes des pathologies, des objectifs de chacun. Mais aussi et surtout en tenant compte de leur niveau socio-économique et de leur mode vie. Cet outil pourrait s'adapter avec l'évolution du patient en fonction de l'amélioration ou de l'apparition d'une pathologie notamment.

- **Un outil connectable ou connecté** : même si le papier reste une valeur sûre, la majorité des médecins interrogés estiment que pour les raisons citées ci-dessus, la technologie reste le meilleur choix, car facilement accessible par tous, d'une part et d'autre part cela favorise un suivi plus fiable, car moins de risque d'oubli.

- **Un outil pédagogique** : qui leur permettrait de savoir quoi, prescrire comment le prescrire, à qui adresser. Mais aussi comment suivre ces patients chez qui ils ont initié un traitement.

- **Un outil sécurisé** : 3 des 10 médecins interrogés mettent le doigt sur le fait que les informations contenues dans un tel outil, notamment la pathologie traitée ou l'ALD en cours, font partie des données sensibles contenues dans le dossier médical et de ce fait il faudrait s'assurer du respect du secret médical.
- **Un outil évolutif** : près de 5 interviewés sur 10 insistent sur l'évolutivité de l'outils en fonction des dernières recommandations ou texte de lois, des derniers centres ou professionnels installée dans la région, sur les réseaux existants ou à venir.

3. Quelques exemples d'outils

- Sites internet

Deux visions du site internet ont pu être noté :

La première est basée sur le modèle des sites internet comme Gestaclic ou Antibioclic. En fonction des informations entrées par le médecin généraliste celui-ci proposerait des exercices physiques adaptés en fonction de la pathologie de l'âge, mais aussi une feuille de route concernant les différentes consultations de suivi ainsi que les examens complémentaires à demander.

“Après Si on peut comparer ça à un site Internet comme gestaclic, par exemple dans la grossesse pourquoi pas avoir un site Internet” V3

La seconde vision du site internet, s'inspire plus d'un annuaire dans lequel serait répertorié les différents centres, professionnels de santé et associations par exemple

vers lesquels orienter les patients afin qu'il soit prise en charge dans de bonnes conditions.

“Moi l’outil ça serait vers qui est orienté pour faire de l’activité physique adaptée d’en connaître mieux les centres qui sont en de chez moi, qui serait en ligne et actualisée régulièrement avec que l’ouverture des nouveaux centres”V4.

- Espace personnel sur Ameli

1 médecin a également proposé un outil plus spécifique, plus individualisé et surtout sécurisé.

Outil qui serait donc accessible uniquement avec l'accord du patient, par le biais de sa carte vitale. A l'image du futur DMP, ce qui permettrait entre autres de palier les risques liés au secret médical.

“Je ne sais pas si ça se pourrait ça pourrait se développer comme ça, un lien sur la carte vitale ou au via notre espace pro Amélie Notre patientèle”V2

- Application mobile

L'application mobile est la forme d'outil qui offre le plus grand champ de possibilité.

Ce type d'outil permet à la fois un suivi objectif par la comptabilisation du nombre de pas, la fréquence cardiaque, la distance parcourue, la durée de l'activité physique ect ... et permet également d'entretenir une motivation en proposant par exemple des alternatives d'itinéraires V5 *“ des suggestions surtout , parce que une appli peut reconnaître et savoir si on a pris le tram ou la voiture en vitesse de déplacement*

par exemple”... et la nous suggérer un itinéraire privilégiant la marche à pied, en envoyant des alertes quand il y a une trop longue période d’inactivité V8 “un système de rappel au patient quand ça fait deux jours qu’il n a pas bouger, un petit message qui apparait pour lui rappeler que ça fait deux trois jours mais avec un côté humoristique... ” , ou des rappels afin d’augmenter l’observance.

“Les applis smartphone c’est vraiment top d’avoir une appli médecin – patient sa serait vraiment aidant, mais il ne faut pas que ça soit un outils trop formaliser, voila Que la patient n’aille pas sur son ordi obligatoirement remplir un truc que sur internet, mais avoir un truc sous une forme un peu fun” V5

- Réseau / centres spécialisés

“Donc ça serait mettre en place un réseau de professionnel par lequel le patient serait suivi tout au long de son parcours de soins, plus qu’un outil qu’on utilisait en cabinet” V1.

Plus qu’un outil de suivi, 2 des médecins interrogés proposent la mise en place d’un réseau de professionnels grâce auquel il serait possible d’inscrire le patient dans un parcours de soin.

Ce réseau comportait un ensemble de professionnel, notamment des éducateurs APA afin d'encadrer les patients sous forme de petits groupes.

Des médecins ont proposé, la création de clubs de sport dédiés à la personne obèse ou à défaut, des horaires réservés à cette clientèle avec de préférence des

tarifs avantageux. Ce qui permettrait de lever les freins liés à la peur du jugement des autres et lié au niveau socio-économique.

“On pourrait carrément imaginer des club de sport dédié” V1

“Par exemple qu’il y ai un créneau réservé au personnes obèses a la piscine avec un coach particulier qui soit adapté et qui leur propose des exercices qui soit adapté a leur situation physique V4”

- Bon vieux papier...

Le support papier à encore des adaptes, V2 *“je suis assez vieille école donc l’avantage du papier”*. Le papier a un avantage qui est non négligeable : la facilité d’utilisation qui en fait un outil de choix, mais il présente également de nombreux inconvénients : manque de traçabilité, suivi non optimal car oubli ou perte de l’outil possible, manque de précision, non-respect du secret médical...

Pourtant certains médecins y voient une forme ludique *“ça peut être un coloriage avec la marche en vert , la natation en bleu , le jardinage en violet ... V9”* utilisable à tout âge.

Pour conclure : *“pense qu’il faudrait un outil qui donne envie... au médecin et au patient ” V9* ,et ce quelque soit la forme.

IV. Discussion

L'objectif de l'étude était d'évaluer les besoins et les attentes des médecins généralistes concernant un outil de suivi de l'activité physique chez les patients en situation d'obésité, afin de proposer une ébauche d'un outil de suivi de l'activité physique chez les patients obèses dans la région de l'Hérault.

A) Forces de l'étude

D'après la recherche bibliographique, aucune étude qualitative sur l'intérêt de la création d'un outil de suivi de l'activité physique chez la personne obèse n'a été réalisée dans la région du Sud de la France.

Il existe peu d'études qualitatives sur le sujet en France.

La force de l'étude réside dans le fait qu'il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi directifs individuels et anonymes avec analyse phénoménologique des données

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, ce qui constitue une force en garantissant la sélection d'un échantillon valide.

Une retranscription fidèle a été réalisée, ce qui a permis une exploration complète et réelle du vécu de chaque médecin généraliste.

Cette étude a été réalisée sur une population hétérogène en terme d'âge, de sexe et de mode d'exercice.

De plus cette étude a été menée en parallèle avec une étude visant à évaluer les besoins et les attentes des personnes en situation d'obésité, vis à vis de la création d'un outil de suivi de leur activité physique, en ambulatoire.

Ce qui à terme, nous permettrait d'avoir une vision globale des principaux utilisateurs de cet outil à savoir, les médecins et les patients mais aussi de faciliter l'élaboration d'un outil conforme à la population de la région.

B. Faiblesses de l'étude

L'échantillonnage peut être critiqué, en effet le nombre de médecins interrogés reste faible et le recrutement était restreint aux médecins héraultais donc peu représentatif de la population médicale française, ce qui représente un frein à la généralisation des résultats.

- Les biais

- Biais de sélection

Il peut exister un biais de sélection car les médecins ont été sélectionnés sur la plateforme de prise de RDV en ligne DOCTOLIB. Ce qui exclut d'office tous ceux qui n'ont pas souscrit à ce service.

- Biais de formulation

Certains termes employés dans le questionnaire : « activité physique », « outils de suivi », « obésité » n'ont pas été définis dans le questionnaire.

Ainsi, leur signification peut varier d'un médecin à l'autre pouvant limiter l'interprétation des résultats. Mais, nous avons considéré que ces variations d'interprétation étaient limitées puisqu'il s'agit de définitions connues et enseignées à la faculté.

Par ailleurs, dans certaines questions, il n'a pas toujours été précisé si cela concernait la population générale ou des patients en ALD ce qui a pu prêter à confusion pour les réponses.

- Biais d'interprétation

Il existe un biais d'interprétation inhérent à la recherche qualitative, celui ci a été minimisé par une retranscription ad integrum des entretiens et par un codage en double aveugle avec triangulation.

C) Synthèse de l'étude et comparaison à la littérature

Ce qui ressort de cette étude, est qu'il existe une certaine demande vis à vis de la création d'un outil de suivi de l'activité physique chez la personne obèse.

Cette demande s'explique par le fait que la prise en charge du patient obèse, est une prise en charge pluridisciplinaire.

Car la maladie qu'est l'obésité nécessite un bilan global (psychologique, diététique, physique) par une équipe spécialisée et particulièrement coordonnée, afin d'augmenter les chances de réussite de la prise en charge. Comme nous l'explique le Dr VITTORIO Giusti, endocrinologue et diabétologue(27).

Cet outil permettrait de favoriser les échanges entre les différents professionnels de santé.

Le médecin généraliste se retrouve au centre de ce réseau, et par son rôle, est la clé, pour entretenir une motivation chez le patient obèse et effectuer son éducation thérapeutique. Car c'est bien ce professionnel de santé qui est amené à voir le plus souvent le patient (Thornton et al)(28), et par conséquent il est de son devoir d'instaurer un "environnement motivationnel" à partir duquel le patient peut initier un changement en passant d'une démarche passive " aller se faire soigner" à une démarche active " se soigner"(29) .

Par le biais de l'outil, on peut souhaiter changer la vision que peuvent avoir certains médecins généralistes sur la personne obèse car: "Pour l'obésité, trop souvent les soignants pensent qu'il ne s'agit que d'une affaire de volonté, de malbouffe et que les patients sont paresseux"(29). Avoir des éléments de suivi tant subjectifs qu'objectifs, permettrait de mieux appréhender les raisons d'un échec par exemple. Ce qui nous amène aux éléments du suivi.

Dans ce contexte, les mesures anthropométriques semblent être indissociables du suivi. La traduction en éléments visuels représente un élément de réponse indispensable, quant à la création d'un outil.

Le fait de comprendre comment son comportement influence son état de santé et sa capacité à atteindre ses buts, entraîne un changement de comportement, ce qui à mon sens représente une base de l'entretien motivationnel.(30)

L'autre point important qui ressort de cette étude, est l'environnement hostile dans lequel viendrait à paraître cet outil, un point de vigilance à avoir en raison de

l'expérimentation de la prescription de l'activité physique dans la région de l'Hérault.

En effet, on constate qu'il n'existe pas encore de réseau clairement défini dans lequel l'outil prendrait place. Un manque d'organisation ou d'absence de cadre réglementaire déplorés par les médecins généralistes alors même qu'il a été prouvé, dans d'autres régions, que des réunions régulières entre les acteurs locaux ont permis la mise en œuvre de nombreux projets répondant aux attentes des habitants et des professionnels.

De plus la mutualisation des idées et des moyens locaux sont des leviers importants au déploiement de la pratique de l'activité physique, qui conduisent, par ailleurs, à réduire les inégalités sociales de santé. Pour ce faire, il est nécessaire,

- D'une part, de développer une culture du travail partenarial entre structures du sport, du social, de l'éducation et de la santé.(31)
- Et d'autre part, malgré toute la bonne volonté des prescripteurs, de travailler à la mise en place d'une prise en charge par les services publics dont l'inexistence représente, aujourd'hui, un frein colossal à la prescription de l'activité physique.

Ceci d'autant plus, qu'il a été démontré que l'éducation thérapeutique du patient obèse, si elle est bien menée entraîne une perte de poids et une diminution des dépenses générées par les médecins, par les paramédicaux et des indemnités pour arrêt de travail.(28)(32)

Donc, la prise en charge de l'activité physique adaptée, aurait pour conséquence immédiate une diminution des dépenses de santé liées aux complications de l'obésité.

Évaluation de l'activité physique

A propos de l'évaluation de l'activité physique avec des outils, ils ont tous déclaré ne pas en utiliser en pratique.

A titre de comparaison, dans l'étude de Thornton et al. en 2007, 85 % des médecins interrogés affirmaient qu'ils recherchaient le niveau d'activité physique mais seulement 26,2 % quantifiaient précisément l'activité physique de leurs patients(28).

L'utilisation d'outils est nécessaire afin d'évaluer précisément le niveau d'activité physique.

On peut trouver dans la littérature que l'utilisation d'un algorithme de repérage précoce grâce au questionnaire de Marshall serait efficace pour la promotion de l'activité physique(33). La plupart des autres questionnaires (IPAQ,PAPRICA) ne sont pas réalisés en pratique en raison du temps relativement long nécessaire à leur réalisation.

De plus, actuellement il n'y a pas de recommandations à l'utilisation d'un outil spécifique pour évaluer le niveau d'activité physique.

Type d'outils

La tendance est clairement aux outils connectés et aux nouvelles technologies (application pour smartphone, sites internet).

L'autre outil qui tire son épingle du jeu est le podomètre. Cette tendance se vérifie dans l'étude de Thorton et al. : "Bien que l'omniprésence des téléphones mobiles et de la technologie portable puisse représenter pour les cliniciens une méthode plus simple d'évaluation et de promotion des comportements actifs dans le cadre des soins primaires, les données probantes dans ce domaine sont encore insuffisantes".

Selon une méta-analyse, l'utilisation du podomètre résulterait d'une augmentation moyenne de plus de 2000 pas par jour chez les participants. Par conséquent, cette augmentation peut représenter une amélioration considérable et avoir des effets bénéfiques sur la santé.

Cependant l'extraction de données peut toutefois être laborieuse tant pour le patient que pour le praticien, ce qui explique peut-être le faible niveau d'adoption des appareils de monitoring de l'activité physique, malgré les avantages qu'ils présentent.

A noter, un des participants à l'étude évoquait la création de message de rappel, visant à entretenir la motivation, idées concordantes avec la littérature, car : "Parmi les autres technologies qui peuvent améliorer l'adhésion à l'activité physique, mentionnons notamment la messagerie texte" Thornton et al.(28).

Les progrès dans le domaine des applications mobiles destinées au monitoring de l'activité physique en vue d'améliorer l'état de santé se poursuivront inévitablement

et ces appareils deviendront plus faciles à utiliser tant pour les patients que pour les médecins.

Les médecins sont encouragés à faire preuve de flexibilité et de créativité dans l'adoption de ces nouveaux appareils à cette fin.

V. Conclusions

Notre étude a pu identifier chez les Médecins généralistes les représentations et les perspectives d'élaboration d'un outil de liaison concernant le maintien de l'activité physique chez les patients en situation d'obésité.

En effet les médecins interrogés expriment bien le manque d'outil de ce genre, sur lequel ils pourraient s'appuyer pour la prescription d'activité physique, ils soulignent également l'absence d'informations et le flou qui persiste autour de la prescription de l'APA. De plus l'élaboration d'un outil informatique, connecté ou connectable fait l'unanimité, car à l'heure où la technologie envahit nos quotidiens, où le DMP se généralise, il paraît normal que cet outil s'intègre dans l'air du temps.

Ils voient également la création de l'outil comme une opportunité pour redéfinir le cadre des interventions et l'occasion de changer leur pratique.

Il s'agit pour eux, à travers cet outil, de mieux accompagner leurs patients obèses dans leur parcours de soins, en s'appuyant sur un élément concret.

Car au -delà de la simple évaluation de l'activité physique, cet outil serait un atout supplémentaire sur lequel le clinicien pourrait s'appuyer d'une part pour initier un activité physique adapté et d'autre part s'en inspirer comme source de motivation.

De plus, il pourrait aussi être les prémisses d'un lien entre les différents professionnels de santé afin d'améliorer la prise en charge et la coordination des soins.

Par ailleurs, l'absence de prise en charge par les caisses de sécurité sociale, l'absence de cotation spécifique et la durée d'une consultation classique de médecine générale, destinée à diminuer, sont autant d'éléments qui, selon les interviewés, constituent de vrais freins à l'utilisation de cet outil en médecine générale.

Un vide administratif qui en raison des changements culturels, technologiques et des attentes de la population devra être comblé. Il faudra alors que les professionnels de santé soient prêts à répondre à cette nouvelle prise en charge.

VI. Bibliographie

1. Rieu M. La santé par le sport : une longue histoire médicale. Rev Pour L’histoire CNRS. 30 nov 2010;(26):30- 5.
2. Hippocrate. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Hippocrate&oldid=160365524>
3. OMS | Activité physique [Internet]. WHO. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/>
4. Le Sport Santé [Internet]. IRBMS. 2017 [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.irbms.com/le-sport-sante/>
5. SANTÉ : Définition de SANTÉ [Internet]. [cité 22 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/sant%C3%A9>
6. Activité physique, prévention et traitement des maladies chroniques – Une expertise collective de l’Inserm [Internet]. Salle de presse | Inserm. 2019 [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/activite-physique-prevention-et-traitement-des-maladies-chroniques-une-expertise-collective-de-linserm/33622/>
7. Houmard JA, Pories WJ, Dohm GL. Is There a Metabolic Program in the Skeletal Muscle of Obese Individuals? [Internet]. Journal of Obesity. 2011 [cité 22 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/job/2011/250496/>
8. King NA, Caudwell PP, Hopkins M, Stubbs JR, Naslund E, Blundell J. Dual-process action of exercise on appetite control: increase in orexigenic drive but improvement in meal-induced satiety. Am J Clin Nutr. 2009;90(4):921- 7.

9. Junquero D, Rival Y. Syndrome métabolique : quelle définition pour quel(s) traitement(s) ? médecine/sciences. 1 déc 2005;21(12):1045- 53.
10. Dutheil F. Quelle activité physique pour traiter le syndrome métabolique? :142.
11. OMS | Qu’entend-on par activité physique modérée ou intense? [Internet]. WHO. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur:
https://www.who.int/dietphysicalactivity/physical_activity_intensity/fr/
12. OMS | Activité physique pour les adultes [Internet]. WHO. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/fr/
13. OMS | L’activité physique des personnes âgées [Internet]. WHO. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur:
https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/
14. OMS | Recommandations mondiales en matière d’activité physique pour la santé [Internet]. WHO. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur:
https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/
15. dt-vf-mephd_0.pdf [Internet]. [cité 28 juill 2019]. Disponible sur: https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/dt-vf-mephd_0.pdf
16. Ninot G. Définir la notion d’activités physiques adaptées (APA) [Internet]. Blog en santé. 2013 [cité 28 juill 2019]. Disponible sur:
<http://blogensante.fr/2013/09/18/definir-la-notion-dactivite-physique-adaptee/>
17. Thorp AA, Owen N, Neuhaus M, Dunstan DW. Sedentary Behaviors and Subsequent Health Outcomes in Adults: A Systematic Review of Longitudinal Studies, 1996–2011. Am J Prev Med. 1 août 2011;41(2):207- 15.

18. OMS | La sédentarité: un problème de santé publique mondial [Internet]. WHO. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur:
https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/fr/
19. Biswas A, Oh PI, Faulkner GE, Bajaj RR, Silver MA, Mitchell MS, et al. Sedentary Time and Its Association With Risk for Disease Incidence, Mortality, and Hospitalization in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 20 janv 2015;162(2):123.
20. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
21. 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. 2016-1990 déc 30, 2016.
22. OMS | Surpoids et obésité: définitions [Internet]. WHO. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/fr/
23. Snapshot [Internet]. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur:
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
24. Faucher P, Poitou C. Physiopathologie de l'obésité. *Rev Rhum Monogr*. 1 févr 2016;83(1):6- 12.
25. Farah Z, Lucas-Martini L, Basdevant A. Épidémiologie et physiopathologie de l'obésité. :6.
26. Lancement de Prescri'mouv : le dispositif régional qui facilite la prescription et la pratique d'activité physique dans le Grand Est [Internet]. [cité 7 sept 2019].

Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/lancement-de-prescrimouv-le-dispositif-regional-qui-facilite-la-prescription-et-la-pratique>

27. Netgen. Le parcours thérapeutique du patient obèse [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 25 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-59/31206>
28. Thornton JS, Frémont P, Khan K. La Prescription de l'activité physique, une occasion unique de s'attaquer à un facteur de risque modifiable dans la prévention et la prise en charge des maladies chroniques. :39.
29. Golay et al. - 2007 - Une éducation thérapeutique en quatre dimensions p.pdf [Internet]. [cité 25 sept 2019]. Disponible sur: <http://ipcem.org/img/articles/GolayLaggerGiordan.pdf>
30. Durrer-Schutz D, Schutz Y. Comment aborder l'éducation thérapeutique d'un patient obèse ? La motivation du patient... et du médecin: une des clefs du succès thérapeutique ? Obésité. 1 déc 2009;4(3):204- 9.
31. Czaplicki G, Donio V, Nossereau C, Fikojevic M, Richard D. « Bouge ta santé à Clichy-sous-Bois » : une approche intersectorielle de l'activité physique. Sante Publique (Bucur). 22 juin 2016;S1(HS):175- 8.
32. Sanguignol F, Lagger G, Golay A. L'efficacité médico-économique de l'éducation thérapeutique chez des patients obèses. Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ. 1 juin 2009;1(1):57- 62.
33. Peterson JA. Get moving! Physical activity counseling in primary care. J Am Acad Nurse Pract. juill 2007;19(7):349- 57.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RÉSUMÉ

Introduction :

De nombreuses études ont mis en exergue une augmentation de la prévalence de l'obésité au niveau mondial, secondaire notamment à une augmentation de la sédentarité. La prescription d'activité physique adaptée (APA) étant reconnue comme thérapeutique non médicamenteuse par un décret N°2016-1990 du 30 décembre 2016, nous avons voulu identifier chez les Médecins généralistes les représentations et les perspectives d'élaboration d'un outil de liaison concernant le maintien de l'activité physique chez les patients en situation d'obésité.

Matériels et méthode

Enquête qualitative, menée auprès des médecins généralistes Héraultais d'avril à juin 2019, sélectionnés au hasard sur la plateforme DOCTOLIB, à l'aide d'entretiens semi directifs, retranscrits *ad integrum*, codés en double aveugle avec triangulation des données.

Résultats.

10 interrogatoires ont été nécessaires pour arriver à la saturation des données. Neuf médecins manifestent un intérêt à la création d'un outil de suivi de l'APA. Tous considèrent cet outil comme un soutien à la prescription et une aide à l'entretien motivationnel. Ils y voient, aussi, un moyen de communication et de suivi interprofessionnel, dans la prise en charge pluridisciplinaire de la pathologie de l'obésité. Cependant l'absence de prise en charge des prescriptions, le manque de temps en consultation ainsi que la non revalorisation des actes, représentent des freins à l'utilisation d'un outil en consultation de médecine générale pour tous les participants. Neuf d'entre eux estiment que cet outil devra être informatisé, connecté ou connectable.

Conclusion.

Notre travail confirme l'intérêt des médecins vis-à-vis d'un outil de suivi de l'activité physique mais souligne l'absence d'actions initiées par les pouvoirs publics afin de soutenir ce décret. Cet outil trouverait sa place dans la démarche du DMP.

MOTS CLÉS

obésité, sédentarité, activité physique adaptée, thérapeutique non médicamenteuse, entretien motivationnel, pluridisciplinaire, outil, suivi, prescription.