



**HAL**  
open science

# Vécu des patients obèses concernant l'activité physique adaptée

Élise Becu

► **To cite this version:**

Élise Becu. Vécu des patients obèses concernant l'activité physique adaptée. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02952766

**HAL Id: dumas-02952766**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02952766>**

Submitted on 29 Sep 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

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES

## **THÈSE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement par  
Élise BECU  
le 15 juin 2018

### **TITRE**

**Vécu des patients obèses concernant l'activité  
physique adaptée**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur David COSTA  
Madame le Docteur Lucie RIEU-CLOTET

### **JURY**

Président :

Monsieur le Professeur Antoine AVIGNON

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Maurice HAYOT

Monsieur le Docteur David COSTA

Madame le Docteur Lucie RIEU-CLOTET

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES

## **THÈSE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement par  
Élise BECU  
le 15 juin 2018

### **TITRE**

**Vécu des patients obèses concernant l'activité  
physique adaptée**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur David COSTA  
Madame le Docteur Lucie RIEU-CLOTET

### **JURY**

Président :

Monsieur le Professeur Antoine AVIGNON

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Maurice HAYOT

Monsieur le Docteur David COSTA

Madame le Docteur Lucie RIEU-CLOTET



## ANNÉE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### **Professeurs Honoraires**

ALLIEU Yves  
ALRIC Robert  
ARNAUD Bernard  
ASTRUC Jacques  
AUSSILLOUX Charles  
AVEROUS Michel  
AYRAL Guy  
BAILLAT Xavier  
BALDET Pierre  
BALDY-MOULINIER Michel  
BALMES Jean-Louis  
BALMES Pierre  
BANSARD Nicole  
BAYLET René  
BILLIARD Michel  
BLARD Jean-Marie  
BLAYAC Jean Pierre  
BLOTMAN Francis  
BONNEL François  
BOUDET Charles  
BOURGEOIS Jean-Marie  
BRUEL Jean Michel  
BUREAU Jean-Paul  
BRUNEL Michel  
CALLIS Albert  
CANAUD Bernard  
CASTELNAU Didier  
CHAPTAL Paul-André  
CIURANA Albert-Jean  
CLOT Jacques  
D'ATHIS Françoise  
DEMAILLE Jacques  
DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain  
DU CAILLAR Jacques  
DUBOIS Jean Bernard  
DUMAS Robert  
DUMAZER Romain  
ECHENNE Bernard  
FABRE Serge  
FREREBEAU Philippe  
GALIFER René Benoît  
GODLEWSKI Guilhem  
GRASSET Daniel  
GROLLEAU-RAOUX Robert  
GUILHOU Jean-Jacques  
HERTAULT Jean  
HUMEAU Claude  
JAFFIOL Claude  
JANBON Charles  
JANBON François  
JARRY Daniel  
JOYEUX Henri  
LAFFARGUE François  
LALLEMANT Jean Gabriel  
LAMARQUE Jean-Louis  
LAPEYRIE Henri  
LESBROS Daniel  
LOPEZ François Michel  
LORIOT Jean  
LOUBATIERES Marie Madeleine  
MAGNAN DE BORNIER Bernard  
MARY Henri  
MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean  
MICHEL François-Bernard  
MICHEL Henri  
MION Charles  
MION Henri  
MIRO Luis  
NAVARRO Maurice  
NAVRATIL Henri  
OTHONIEL Jacques  
PAGES Michel  
PEGURET Claude  
POUGET Régis  
PUECH Paul  
PUJOL Henri  
PUJOL Rémy  
RABISCHONG Pierre  
RAMUZ Michel  
RIEU Daniel  
RIOUX Jean-Antoine  
ROCHFORD Henri  
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean  
Pierre  
SAINT AUBERT Bernard  
SANCHO-GARNIER Héléne  
SANY Jacques  
SENAC Jean-Paul  
SERRE Arlette  
SIMON Lucien  
SOLASSOL Claude  
THEVENET André  
VIDAL Jacques  
VISIER Jean Pierre

#### **Professeurs Emérites**

ARTUS Jean-Claude  
BLANC François  
BOULENGER Jean-Philippe  
BOURREL Gérard  
BRINGER Jacques  
CLAUSTRES Mireille  
DAURES Jean-Pierre  
DAUZAT Michel  
DEDET Jean-Pierre

ELEDJAM Jean-Jacques  
GUERRIER Bernard  
JOURDAN Jacques  
MAURY Michèle  
MILLAT Bertrand  
MARES Pierre  
MONNIER Louis  
PRAT Dominique  
PRATLONG Francine

PREFAUT Christian  
PUJOL Rémy  
ROSSI Michel  
SULTAN Charles

TOUCHON Jacques  
VOISIN Michel  
ZANCA Michel

### **Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

#### **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  
COMBE Bernard - Rhumatologie  
COSTA Pierre - Urologie  
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile  
COUBES Philippe - Neurochirurgie  
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  
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  
GUILLOT 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  
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire  
MERCIER Jacques - Physiologie  
MESSNER Patrick - Cardiologie  
MOURAD Georges-Néphrologie  
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<sup>er</sup> 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  
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation  
CORBEAU Pierre-Immunologie  
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
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  
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie  
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie  
DROUPY Stéphane -Urologie  
DUCROS Anne-Neurologie -  
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
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  
LECLERCQ Florence-Cardiologie  
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire  
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire  
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire  
MATECKI Stéfan -Physiologie  
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie  
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie  
MORIN Denis-Pédiatrie  
NAVARRO Francis-Chirurgie générale  
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
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

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  
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation  
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie  
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale  
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation  
DAIEN Vincent-Ophtalmologie  
DE VOS John-Cytologie et histologie  
DORANDEU Anne-Médecine légale -  
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation  
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie  
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  
HAYOT Maurice-Physiologie  
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  
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
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  
MOREL Jacques -Rhumatologie  
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  
PRUDHOMME Michel-Anatomie  
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  
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie  
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire  
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<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

#### 2<sup>ème</sup> classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

#### 1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

#### 2<sup>ème</sup> classe :

AMOUYAL Michel

### **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

### **PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine**

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)

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

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

### **Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

#### **MCU-PH Hors classe**

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

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

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

#### **MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire  
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie  
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion  
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire  
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion  
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie  
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<sup>ème</sup> classe**  
BERTRAND Martin-Anatomie  
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie  
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire  
GOUZI Farès-Physiologie  
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie  
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire  
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail  
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales  
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale**

COSTA David  
FOLCO-LOGNOS Béatrice

#### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard  
GARCIA Marc  
MILLION Elodie  
PAVAGEAU Sylvain  
REBOUL Marie-Catherine  
SEGURET Pierre

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

##### Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

##### 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

### **PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie  
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
FAILLIE Jean-Luc-  
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique  
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie  
HERRERO Astrid-Chirurgie générale  
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie  
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

# REMERCIEMENTS

**Au Professeur Antoine Avignon,**

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury et de juger mon travail.

**Au Professeur Maurice Hayot,**

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, merci de me faire l'honneur de juger mon travail.

**Au docteur David Costa,**

Merci d'avoir accepté de diriger mon travail malgré les nombreuses thèses en cours, merci de m'avoir guidée, de m'avoir soutenue dans mon projet.

**Au docteur Lucie Rieu-Clotet,**

Merci pour ton aide précieuse durant tout ce travail, de m'avoir fait partager tes connaissances sur la recherche qualitative qui m'ont permis de réaliser ce travail. Merci pour ta disponibilité et tes nombreuses relectures.

**Aux patients,** qui ont pris le temps participer à ma thèse et accepté de se confier.

**Merci à maman et papa, Danielle, Camille et Thibault** pour vos relectures et corrections !

**A mes maîtres de stage,**

Un merci particulier à **Marion et Cyril**, vous m'avez fait découvrir et aimer la médecine générale, merci d'avoir su m'accompagner, prendre le temps et heureuse d'avoir partagé avec vous les joies de la course à pied. Et merci à **Christine** pour ton énergie et ta bonne humeur, le cabinet ne serait pas le même sans toi !

**A Amadou**, pour toutes ces connaissances que tu nous transmets si humblement et merci pour l'esprit que tu as créé au sein de l'équipe de DIAGORA, pour les diagonights.

**A Sophie**, pour cette bonne humeur que tu mets dans le service, pour le fait qu'on ne parlait pas de médecine à table, le seul regret : on ne mangeait pas à l'heure où on avait faim !

Aux médecins qui ont accepté de me recevoir lors de mon SAS PAS,

Aux équipes médicales et paramédicales des urgences, de gynécologie et de pédiatrie de Perpignan, à l'équipe de Diagora et du MME du Grau du Roi, merci pour tout ce que j'ai appris à vos côtés.

**A mes parents**, pour la belle fratrie que vous avez fondée, on ne vous remerciera jamais assez. Vous donnez tout pour vos quatre enfants. Merci de nous soutenir dans chacun de nos projets, merci pour tout ce que vous nous avez transmis. **Merci à toi maman**, à cette énergie folle que tu dépenses pour nous, mais aussi pour tous les gens qui t'entourent, merci pour ta générosité. Et merci pour toutes ces solutions que tu trouvais à nos problèmes d'enfant, d'adolescent et encore maintenant ! **Merci à toi papa** pour tes valeurs, pour ton humour, ton souci de bien faire les choses et de les faire jusqu'au bout, pour toutes tes connaissances partagées. Merci pour ta passion de la musique, de la danse, de la fête que tu m'as transmise, et pour les frisettes que tu m'as aussi transmises.

Merci à mes **frères et sœurs**, à ma grande sœur, **Sophie**, oui j'aimerais encore faire tout bien comme toi, mais c'est dur !! Plus jeune tu étais un peu notre deuxième maman quand les parents n'étaient pas là, aujourd'hui c'est encore toi que j'ai envie d'appeler quand ça ne va pas !! Merci pour cette créativité que tu nous a partagée. Merci pour les deux nièces qui sont arrivées il y a un an, **Margaux et Agathe. Aymeric**, merci pour ta gentillesse, ta générosité, ta patience, ces qualités qui font le bonheur de tes trois sœurs, mais que tu sais doser comme il faut ! Et merci pour ta passion des cocktails !! **Diane**, petite sœur, petite boule d'énergie !! Merci pour ta bonne humeur, ta spontanéité, ta vision positive de la vie.

Merci pour ces belles années étudiantes, partagées tous ensemble dans cet appartement à Lille Cormontaigne. Merci pour tout ce qu'on partage encore, vous me faites encore grandir chaque jour. Et merci à tous les cinq d'avoir supporté mon caractère ...

Merci à **Adèle, Valentin et Pierre** d'être à leurs côtés, et d'agrandir la famille !

**A toute ma grande famille**, mes oncles et tantes, cousins et cousines pour tous ces moments partagés. A mes cousins d'Arras, nous avons grandi ensemble, et tous ceux de Lille, j'espère que nos réunions de famille continueront encore longtemps, le 25 décembre et le WE début juillet resteront sacrés ! Un merci particulier à **Anne, Clotilde et Danielle**, qui ont passé du temps à la maison pour nous, et à **Dominique**, cette grande cousine qui ne le sait pas mais qui a toujours été un exemple de courage.

A ma marraine, **Danielle**, et mon parrain, **Patrice**, pour tout ce que vous m'avez apporté.

**A mes grand-parents**, pour tout l'amour qu'ils nous ont donné et de nous avoir transmis ce sens de la famille.

A mes amis de longue date, **Camille et Jean** depuis la maternelle, et les amies des belles années de collège et lycée, **Didou, Aude, Justine, Mathilde**, merci pour tous ces souvenirs d'école, de voyages et de découvertes de la vie ! Merci Didou, de m'avoir rendue un peu plus aventurière, (et oui c'est grâce à toi), pour les souvenirs mémorables de ce GR 10, de cette fameuse année de terminale et la suite!

A mes amis de la fac, ce beau groupe qui s'est construit sur les années ! Pour la découverte de la vie lilloise, les soirées, le carnaval de Dunkerque, les semaines au ski, le Cameroun, l'Espagne, la Corse, la Normandie, la Mongolie, la Réunion et c'est pas fini...

**Merci les zouz, Mathilde, notre louve dominante, Julie, Marion, Lise, DoraH, Bitebite, Natacha, et les garçons, Cyril, FX, kéké la fouine, Baptiste, Maxence, Senam, Florent, Nico, Rémi et les « pièces rapportées » !**

Un merci particulier pour **DoraH**, avec qui j'ai tant partagé depuis la première fois que l'on a mis les pieds à la fac de médecine ! **Lise** pour la gourmandise que l'on partage, les sketches à la con qui ne font rire que nous, et **Senam**, une amitié qui s'est renforcée depuis que tu m'a rejoins dans le sud !

Aux rencontres de Perpignan et ce premier semestre, radouci par l'ambiance mémorable à l'internat et la découverte de cette région. Merci à mes colocs : **Laure, Éloïse, Hélène, Thibaud, Patoche, Sofiène, Romain**, les rajoutés : **Guillaume et Pancho** et tous les autres : **Élisa, Fiona, Camille, Annabelle, Céline, Margaux, Camille, Violaine, Anne, la petite Marie, Laure V, Julie, Guenaëlle, Nico, Clément, Michel, Thomas, Simon, Fanch, Félicien** et tous les autres, c'est toujours un plaisir de vous revoir.

A mes colocs de Montpellier pour ces trois années en famille ! **Ma catalane Annabelle, Élisa, Céline, Marie, Guillaume, Thomas et Étienne.**

Une attention particulière à **Élisa, Céline, Annabelle, Camille, Fiona et Margaux**, pour ces belles amitiés qui démarrent.

A tous ceux rencontrés durant les années d'internat à Montpellier. Un merci particulier à **Nariman**, merci pour ces discussions interminables sur la vie et le monde, et pour les fous rires.

A **Thibault**, pour cette vie qui peut être simple si on ne la complique pas ! Pour ton soutien.

# **Table des matières**

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	14
I) INTRODUCTION.....	15
1 - Obésité.....	15
2 - Activité physique.....	16
3 - Activité physique adaptée (APA).....	17
4 - Justification du travail.....	17
II) MÉTHODE.....	19
1 - Type d'étude.....	19
2 - Population de l'étude.....	19
A - Critères d'inclusion et de non inclusion.....	19
B - Recrutement.....	20
3 - Les entretiens.....	20
A - Création du guide d'entretien.....	20
B - Déroulement des entretiens.....	22
C - Recueil des données.....	22
4 - Analyse.....	23
A - Triangulation des chercheurs.....	23
B - Analyse thématique.....	23
5 - Éthique.....	24
III) RÉSULTATS.....	25
1 - Caractéristiques de la population.....	25
2 - Analyse thématique.....	28
A - L'activité physique permet aux patients d'améliorer leur santé.....	28
a - Sur le plan physique.....	28
b - Sur le plan psychique.....	31
c - Sur le plan social.....	35
d - Cercle vertueux.....	36
B - Le poids a un impact négatif sur la pratique d'une activité physique.....	38
a - La baisse d'estime de soi.....	38
b - L'obésité limite le choix des activités.....	41
c - Anticipation négative.....	42
d - Vécu négatif pendant l'activité physique.....	44
e - Cercle vicieux.....	46
C - Bénéfices de l'activité physique adaptée.....	47
a - Valeur ajoutée du professeur.....	47
b- Impact du groupe.....	53
c - Activité adaptée.....	56
d - Cercle vertueux.....	58
e - Accès limité.....	59
D - Le médecin généraliste a un rôle à chaque étape du processus de motivation.....	60
a - Aborder sujet.....	60
b - Adapter au patient.....	63
c - Accompagner le patient.....	67
d - Parler des autres effets bénéfiques que le poids.....	68

IV) DISCUSSION.....	70
1 – Synthèse des résultats et comparaison à la littérature.....	70
A – Définition de l’activité physique.....	70
B - Bénéfice de l’AP.....	71
a - Le poids.....	71
b – Le diabète.....	71
c – Cercle vertueux.....	72
C - Impact du poids.....	72
a - Isolement: social, géographique et financier.....	72
b – Estime de soi.....	73
c – Motivation.....	73
D – APA.....	74
a – Objectifs adaptés.....	74
b - Groupes.....	75
c – Vers une activité autonome.....	76
d – Accès limité.....	76
e – Motivation.....	77
E - Rôle du médecin généraliste.....	77
a - Recommandations officielles / prescription.....	77
b – Impact de la parole du médecin.....	79
c - Prise en compte des plaintes des patients.....	79
d - Implication de la famille.....	80
e – Entretien motivationnel.....	80
2 - Forces et limites de l’étude.....	81
A – Forces de l’étude.....	81
B – Limites de l’étude.....	82
a - Recrutement .....	82
b - Recueil d’informations.....	82
3 - Perspectives.....	82
V) CONCLUSION.....	83
BIBLIOGRAPHIE.....	85
Annexe 1 : Fiche explicative remise aux patients.....	88
Annexe 2 : Exemple de grille d’analyse thématique.....	89
Annexe 3 : Stade de Changement de comportement de Prochaska et Diclemente.....	91
SERMENT.....	92
PERMIS D’IMPRIMER.....	93
RÉSUMÉ	

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

**AP** : Activité physique

**APA** : Activité physique adaptée

**BPCO** : Bronchopneumopathie chronique obstructive

**EGS** : Estime globale de soi

**EQVOD** : Échelle de Qualité de Vie Obésité Diététique

**HAS** : Haute autorité de santé

**HTA** : Hypertension artérielle

**IGAS** : L'Inspection générale des affaires sociales

**IGJS** : l'Inspection générale de la jeunesse et des sports

**IMC** : Indice de masse corporelle

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**SAOS** : Syndrome d'apnée obstructive du sommeil

# I) INTRODUCTION

## 1 - Obésité

L'augmentation généralisée de la prévalence de l'obésité a été qualifiée d'« épidémie » par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2003. L'étude ObEpi analyse tous les trois ans la prévalence du surpoids et de l'obésité en France. Trente deux pour cent des Français adultes de 18 ans et plus sont en surpoids et quinze pour cent présentent une obésité en 2012 contre huit et demi pour cent en 1997. Les chiffres ont donc quasiment doublé en 15 ans avec un ralentissement de cette augmentation ces dernières années. (1)

Les deux principaux facteurs impliqués dans le développement de l'obésité sont l'héritage génétique et un déséquilibre du bilan énergétique. D'autres facteurs sont impliqués comme facteurs déclenchants tels que des traumatismes, des régimes, un arrêt du tabac, etc ... sur lesquels nous pouvons également avoir un impact. (2)

La société actuelle favorise ce déséquilibre en incitant la population à consommer de manière excessive par les publicités, les grandes enseignes alimentaires. La sédentarité et l'inactivité physique augmentent suite aux nombreux développements informatiques qui permettent de tout faire depuis sa chaise. On considère sur le plan mondial, que 5 % de la mortalité est imputable à la surcharge pondérale et à l'obésité. (3)

Le traitement de l'obésité est complexe et multi-dimensionnel. Le premier pilier est la régularisation alimentaire, le deuxième, la prescription d'une activité physique (AP), qui fait partie de toutes les recommandations de bonne pratique clinique. La prise en charge est également psychologique, sociale, et comprend le traitement des comorbidités et conséquences de l'obésité.

A long terme, il est prouvé que l'association de la prise en charge diététique avec un exercice physique régulier est plus efficace sur la perte de poids. (4) De plus, au-delà de son rôle favorisant la balance énergétique négative et ses bienfaits sur les facteurs de risque cardio-

métaboliques, l'activité physique est une approche efficace permettant le maintien de la masse maigre durant la phase de perte pondérale. (5)

## **2 - Activité physique**

L'activité physique inclut l'ensemble des activités qui peuvent être pratiquées dans des contextes différents de la vie quotidienne : l'activité physique au travail, pendant les déplacements, à la maison, lors des loisirs. La sédentarité est définie par une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique faible en position assise ou allongée. L'inactivité décrit un niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à intense, c'est-à-dire, sans atteindre le seuil d'activité physique recommandé.

L'OMS recommande de pratiquer, au cours de la semaine pour les adultes de 18 à 64 ans, au moins 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue. (6) Malgré de nombreuses campagnes de prévention les études actuellement disponibles montrent que, quelles que soient les tranches d'âge, l'activité physique de la population est considérée comme insuffisante au regard de ces recommandations. (7) On considère que sur le plan mondial, la sédentarité est le quatrième facteur de risque de mortalité (6 % des décès). (3)

Devant cette réalité alarmante, en 2001, le gouvernement a lancé le Programme National Nutrition Santé (PNNS). Revu en 2006 et 2011-2015, c'est un plan de santé publique qui vise à améliorer l'état de santé de la population. L'un des objectifs est d'augmenter l'activité physique et de diminuer la sédentarité. (8)

Depuis la rédaction de ce programme, on a vu se développer en France des réseaux « sport-santé » à l'échelle régionale, comme effORMip en Midi-Pyrénées ou SAPHYR en Lorraine. Une étude réalisée douze mois après la création du programme SAPHYR montre une augmentation du niveau d'activité physique pratiquée, évaluée selon le score de Marshall. (9)

Au quotidien, nos patients peinent à suivre les recommandations en matière d'activité physique. Cette prise en charge requiert un programme spécifique car ces patients présentent un déconditionnement cardio-respiratoire et musculaire, des dysfonctionnements et une surcharge articulaire ainsi que des troubles posturaux. Des programmes de réhabilitation ont déjà fait leurs

preuves dans d'autres pathologies chroniques. (10) L'effort doit être adapté à l'effet recherché : il est prouvé qu'une activité régulière à intensité modérée permet de baisser le poids et la graisse viscérale, sans être à haute intensité. (11)

La prescription de l'APA prend alors ici tout son sens.

### **3 - Activité physique adaptée (APA)**

Le concept d'activité physique adaptée est né au Canada en 1973. Les APA regroupent l'ensemble des activités physiques et sportives adaptées aux capacités des personnes atteintes de maladie chronique ou de handicap. L'objectif des APA est de prévenir l'apparition ou l'aggravation de maladies, d'augmenter l'autonomie et la qualité de vie des patients, voire de les réinsérer dans des activités sociales. Elle est reconnue comme une thérapeutique non médicamenteuse.

Les thérapeutiques non médicamenteuses sont recommandées comme traitement de fond dans certains contextes spécifiques de maladies chroniques. (régimes diététiques, activités physiques, traitements psychologiques, etc...) Elles sont également un moyen de prévention de ces pathologies. Selon un rapport de la HAS, des études suggèrent que le recours sur le terrain à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses est insuffisant par rapport à ce que préconisent les autorités scientifiques et les agences sanitaires. Il semble que les professionnels de santé se heurtent à certaines difficultés dans la prescription de ces thérapeutiques, telles que le manque de temps à consacrer à chaque patient ou encore l'impression que leurs patients ne sont pas prêts à accepter ces traitements qui impliquent souvent des changements de comportements difficiles à mettre en œuvre. La disparité de répartition des professionnels, l'absence de structures adéquates sont également en cause. (12)

### **4 - Justification du travail**

En France, depuis mars 2017, selon l'article 144 de la loi santé du 26 janvier 2016, les médecins généralistes peuvent prescrire une activité physique adaptée. (13) Elle est complétée par le décret du 30 décembre 2016 qui en indique les conditions en qualifiant les intervenants qui pourront dispenser les activités et dans quel cadre. (14)

La mise en application de ce décret n'est pas évidente. De nombreuses études montrent qu'il est difficile pour les médecins généralistes de faire de telles prescriptions.

Un travail de thèse réalisé en Languedoc-Roussillon, montre que les médecins généralistes ont l'impression de ne pas avoir les outils nécessaires : d'une part ils estiment ne pas être formés pour cela, ne pas avoir le temps pour réaliser une prescription adaptée et surtout ne pas savoir à qui adresser les patients s'il y a besoin d'un encadrement. (15) Une autre thèse réalisée dans le Pas-de-Calais retrouve ces résultats et montre également que les modalités d'application restent floues pour les modalités de prescription sur ordonnance, la labellisation des structures, le financement et la prise en charge éventuelle. (16)

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'étude qui s'intéresse directement aux patients. Ainsi il nous a semblé judicieux de se pencher sur leur point de vue au travers d'une étude qualitative. En effet, grâce à leur expérience concernant l'activité physique adaptée, nous voulons apporter aux médecins généralistes une aide dans la prescription : savoir comment aborder le sujet, les guider, les accompagner et rendre la prescription adaptée, afin que le patient adhère à cette prescription et l'applique. Nous nous sommes intéressés plus particulièrement aux patients obèses, l'activité physique étant la pierre angulaire du traitement de cette pathologie. Cette étude a pour finalité d'apporter des pistes de réflexion pour améliorer une prise en charge. Son objectif est de comprendre le vécu des personnes obèses concernant la pratique d'une activité physique adaptée.

## **II) MÉTHODE**

### **1 - Type d'étude**

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels.

### **2 - Population de l'étude**

#### **A - Critères d'inclusion et de non inclusion**

Les critères d'inclusion étaient :

- sujet en situation d'obésité quel que soit le grade, soit un IMC supérieur à 30
- avoir déjà pratiqué de l'activité physique adaptée

Les critères de non inclusion étaient :

- être mineur
- majeur protégé
- refus de participation

Pour avoir une diversité des sources de données et un échantillon hétérogène avec une variabilité maximale, nous avons fait varier le grade d'obésité, le sexe, le milieu (hospitalier ou libéral), le milieu social et les comorbidités.

La pratique d'activité physique adaptée était définie par une activité physique soit en groupe, encadrée par un professionnel en APA, soit seul avec un kinésithérapeute.

## B - Recrutement

Les sujets ont été recrutés dans différents centres :

- Au sein d'un service « endocrinologie et nutrition », les patients ayant accès à un programme d'APA au cours de leur hospitalisation.
- Lors d'un cours d'activité physique adaptée au sein d'une association.
- A la consultation de médecins généralistes libéraux.

Je présentais l'étude directement aux patients à l'hôpital et dans l'association. Pour les consultations chez les médecins généralistes, il leur avait été remis une fiche explicative de la thèse pour les patients (disponible en annexe). Les coordonnées des patients m'étaient transmises par leur médecin traitant avec leur accord. Je les contactais ensuite par téléphone afin de leur réexpliquer la thèse, le déroulement de l'entretien et de convenir d'un lieu et d'une date de rendez-vous s'ils l'acceptaient.

## **3 - Les entretiens**

### A - Création du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été créé en collaboration avec le docteur Costa, co-directeur de thèse.

Il a d'abord été testé sur deux patients. Ces deux entretiens nous ont permis de faire quelques modifications : adapter le nombre de questions, la manière de les poser et ajouter des questions de relance. Il a ensuite été relu et validé par le docteur Rieu-Clotet, co-directrice, qui a un D.U en recherche qualitative. Il est composé de quatre questions ouvertes et de questions de relance au cas où il serait difficile pour certains patients de répondre aux questions.

## **GUIDE D'ENTRETIEN :**

### 1- Questionnaire sur les caractéristiques socio-démographiques :

- Age
- Sexe
- IMC
- Comorbidités
- Quel est votre travail ou niveau d'étude ?
- Faites-vous une activité physique régulière ?
- Faisiez-vous de l'activité physique avant de prendre du poids ?

### 2- Questions ouvertes et relances :

#### **- Que représente pour vous l'activité physique adaptée ?**

Quel type d'activité ? Quelles émotions cela vous évoque ? Quelle est sa place dans la vie sociale, familiale, personnelle, son rôle sur la santé ?

#### **- Qu'avez-vous ressenti quand votre médecin vous a parlé d'activité physique ?**

Comment s'y est-il pris ? Qu'en avez-vous pensé ? Quelle est son influence ? Les inviter à se remémorer la scène.

S'il n'en a pas parlé : auriez-vous aimé qu'il vous en parle ? Qu'auriez-vous pensé ? Qu'auriez-vous aimé qu'il vous dise ?

#### **- Que ressentez-vous lorsque vous pratiquez une activité physique ?**

Quelles émotions ? Dans quel but la pratiquez-vous ? Et quand vous n'en faites pas ?

Les inviter à se remémorer un souvenir.

#### **- Que ressentez-vous lorsque vous pratiquez de l'activité physique adaptée encadrée ?**

Quelle différence par rapport à une activité non encadrée ? Qu'avez-vous pensé quand vous l'avez commencée ? Que pensez-vous du groupe ? De l'encadrement ?

## B - Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre juin et septembre 2017.

Il était proposé aux patients de réaliser l'entretien soit chez eux, soit par téléphone, soit dans un lieu calme de leur choix. Pour ceux qui étaient à l'hôpital, l'entretien s'est déroulé dans leur chambre. Il était précisé qu'il fallait réserver entre 30 et 45 minutes pour l'entretien.

L'entretien démarrait après obtention de l'accord oral et écrit du patient. Les données étaient ensuite enregistrées, retranscrites intégralement et anonymisées.

Le nombre d'entretiens a été déterminé par la saturation des données, définie lorsqu'un entretien n'apportait aucune nouvelle information. La saturation était alors vérifiée par un entretien supplémentaire.

Je fus la seule personne à interroger les patients.

## C - Recueil des données

Tous les entretiens ont été enregistrés sur deux supports afin de prévenir toute panne : un i-phone 6 et un i-pod grâce à une application dictaphone.

Les enregistrements ont été retranscrits par la personne ayant réalisé les entretiens, à l'aide d'un logiciel de traitement de texte : libre office writer®. La retranscription a été faite au mot à mot, en respectant le langage du patient. Ce texte s'appelle le verbatim. Le langage non verbal (les hésitations, les blancs, les rires) ont été retranscrits également lorsqu'ils paraissaient pertinents. Les paroles de l'enquêteur et du patient ont été différenciées par une écriture en italique pour l'enquêteur.

Afin de respecter l'anonymat, les patients ont été identifiés par le numéro de leur entretien dans l'ordre dans lequel ils ont été interrogés de E1 à E11 et tous les noms propres ont été remplacés par leur initiale.

Ces enregistrements, ainsi que les verbatims, sont disponibles en annexe sur CD-ROM.

## 4 - Analyse

### A - Triangulation des chercheurs

Les verbatims ont été analysés séparément par l'enquêteur et le docteur Rieu-Clotet. Cela permet de vérifier la pertinence de l'analyse.

### B - Analyse thématique

L'analyse a été écrite grâce au traitement de texte libre office writer® pour les grilles thématiques, les arbres ont été créés sur X mind.

Nous avons réalisé une analyse thématique du contenu des verbatims. Le travail s'organisait en deux temps. Une analyse longitudinale de chaque entretien, puis une analyse transversale pour regrouper les idées des entretiens.

J'ai commencé par analyser les trois premiers entretiens afin de rédiger une grille d'analyse thématique facilitant la lecture des entretiens suivants. Ils ont d'abord été analysés indépendamment. A la première lecture le verbatim était découpé en segments d'informations pertinentes, numérotés, afin de retrouver facilement les citations. A la deuxième lecture, chaque segment était codé, c'est-à-dire qu'une unité de sens en était dégagée. Puis ces unités de sens étaient regroupées en thèmes et sous-thèmes. Une troisième lecture permettait de vérifier qu'aucune information n'avait été oubliée. Une grille d'analyse thématique a été faite à la fin de chaque entretien. L'une de ces grilles est consultable en annexe. Puis les analyses des trois entretiens étaient regroupées, ce qui a permis de dégager des rubriques, des thèmes et sous-thèmes communs, synthétisés dans une nouvelle grille d'analyse.

Lors de l'analyse des entretiens suivants, les verbatims étaient découpés de la même manière et les unités de sens ont été classées grâce à cette grille. Si une nouvelle information sortait, un thème, un sous-thème ou une unité de sens était ajouté.

Les résultats sont regroupés dans des arbres thématiques, pour une vision plus synthétique. Tous les entretiens ont été relus une dernière fois afin de compléter l'arbre thématique si une information avait été oubliée.

Les patients interrogés n'ont pas relu les résultats d'analyse thématique pour un retour.

## **5 - Éthique**

La méthode qualitative relevant des sciences humaines et sociales, l'avis d'un comité d'éthique n'a pas été jugé nécessaire selon la loi Jardé de 2017. De plus, nous nous sommes intéressés au vécu des patients et non à leur prise en charge thérapeutique. Chaque interviewé a consenti oralement et par écrit à l'enregistrement des entretiens et à son utilisation pour la recherche.

### **III) RÉSULTATS**

#### **1 - Caractéristiques de la population**

Onze patients ont été recrutés. Six à l'hôpital, quatre en consultation de médecine générale et une dans une association. Aucun patient contacté n'a refusé l'entretien. L'échantillon était composé de huit femmes et trois hommes, âgés de 33 à 64 ans, avec une moyenne d'âge de 55 ans.

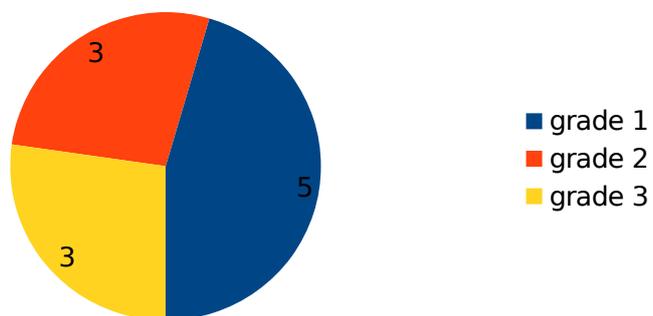
Six entretiens ont été réalisés à l'hôpital, un au téléphone, deux au domicile du patient, et deux dans un autre lieu choisi par le patient (un à la faculté de médecine et un dans un bar). Les entretiens ont duré entre 20 et 48 minutes avec une moyenne de 36 minutes.

Deux patients ne pratiquaient pas d'activité physique avant de prendre du poids car ils n'aimaient pas ça. Deux patients pratiquaient l'APA individuellement avec un kinésithérapeute, les autres en groupe avec un éducateur en APA.

Les caractéristiques des patients sont présentées dans le tableau ci-dessous.

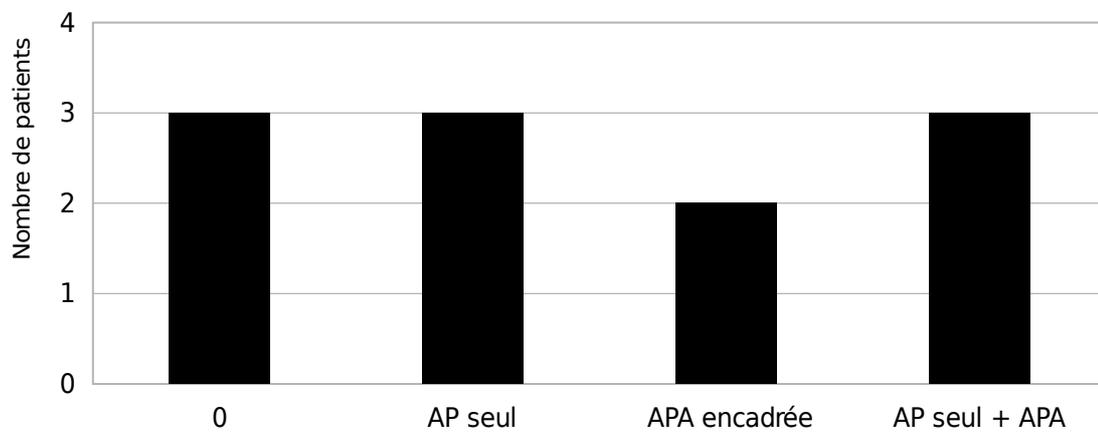
N°	S	Âge	IMC	COMORBIDITÉS	PROFESSION/NIVEAU D'ÉTUDES
1	F	53	35,4	HTA, arthralgie	Responsable commercial
2	F	48	73	HTA, Dépression, SAOS, poly-arthralgies	Invalité : veilleuse maison de retraite
3	H	55	30	BPCO sévère oxygéo-dépendant, HTA, athérome	Invalité : commerçant
4	H	62	40	Diabète, pied de Charcot, HTA, SAOS, chirurgie : anneau gastrique	Retraité : Maçon
5	H	64	32,8	Diabète de type 2, Anévrisme Aorte Abdominale	Prothésiste dentaire
6	F	56	32,5	HTA	Agent d'entreprise
7	F	64	32,9	AVC : hémiparésie inférieure gauche séquellaire, arthrodèse vertébrale, PTG droite.	Retraite : aide-soignante
8	F	33	Gr1	Aucun	Mère au foyer, études : licence de gestion
9	F	45	43,4	Retard mental à la suite d'une méningite dans l'enfance, dépression	Allocation Adulte Handicapé
10	F	61	36,8	Asthme, arthrose, dyslipidémie, arthralgie	Retraite : agent SNCF
11	F	61	35,5	Anciennes cervicalgies, lombalgies, troubles du sommeil	Comptable dans une mairie

Répartition des patients en fonction de leur IMC.



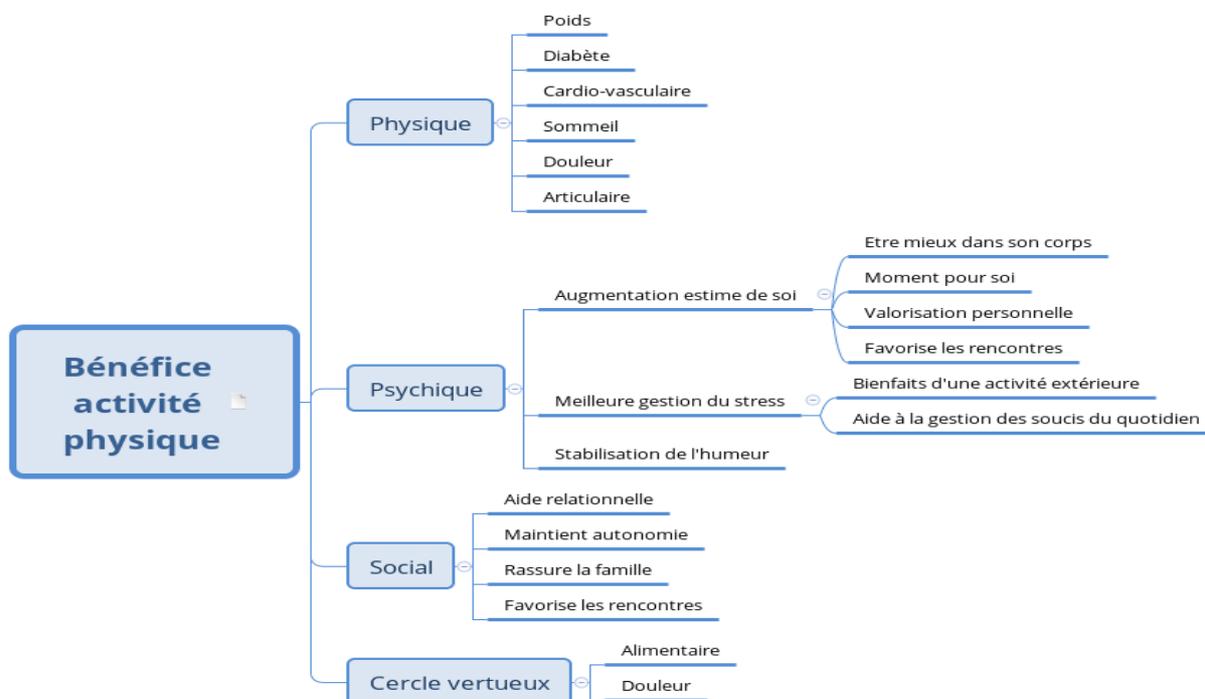
Grade 1= IMC entre 30 et 35, grade 2 = IMC entre 35 et 40, grade 3 = IMC > 40

Pratique d'une activité physique après prise en charge médicale de l'obésité



## 2 – Analyse thématique

### A - L'activité physique permet aux patients d'améliorer leur santé



#### a – Sur le plan physique

- **Poids**

L'activité physique est vue comme un moyen de lutter contre l'obésité et de stabiliser le poids.

E2 : « Hé bien, sur le plan médical, ça m'aide un peu à ne pas prendre plus. De poids. »

E4 : « Oui, oui, j'ai suivi, comme ils m'ont dit, voilà et j'ai eu des bons moments, après tu perds du poids, t'es content, comme nous les costauds. Bon voilà et on reprend quand on s'arrête. Il faudrait faire ça tout le temps. »

E6 : « j'espère toujours brûler des calories et pouvoir arriver à contrôler mon poids en faisant une activité physique. »

E8 : « le fait de bouger déjà, ça, ça permet peut-être de stabiliser un peu le poids »

- **Diabète**

Un patient atteint de diabète, voit cela comme un réel traitement, permettant de ralentir l'évolution de la maladie et de diminuer la prise de médicament.

E5 : « Moi ça me permet de résoudre le problème du diabète. Je tombe ma glycémie, pour le glyquée j'étais à neuf et je suis à six et demi là. [...] Bon le sport c'est ce qui m'aide à enrayer cette maladie quoi. Et à la retarder au maximum »

En parlant d'un de ses amis :

E5 : « Quand il est revenu le soir, il se prend son dextro et il me dit : "mais c'est ça qu'il faut que je fasse !" Je lui ai dit et bien tu vois ! La solution elle est là. [...] quand le soir il annonce quatre de glycémie c'est énorme ! Et quand le soir après avoir fait du sport, il fait 1,30, c'est magnifique ! »

- **Cardio-respiratoire**

Les patients décrivent une amélioration assez rapide de leur capacité respiratoire. Ils citent également la diminution des facteurs de risque cardio-vasculaire.

E1 : « Quand je suis arrivée j'étais très très essoufflée, pour un rien et là je suis encore essoufflée, mais par rapport à quand je suis arrivée il y a huit jours, beaucoup moins. »

E3 : « Quand on voit la progression, par exemple moi rien qu'avec le souffle, j'étais content. »

E6 : « Pour pour avoir un cœur en bonne santé, pour pas avoir de problème au niveau cardiaque, pour pas avoir de tachycardie »

E8 : « Pour la santé pour euh voilà, je commence un peu à avoir du cholestérol donc c'est pas très bon. Voilà, pour, pour tous les risques que..., le fait d'avoir plus de poids, ça engendre aussi donc pour tout ça. *Ça engendre quoi ?* Et bien, des, des, des maladies, des maladies euh... pour le cœur, des maladies euh, pour voilà, pour les artères, tout ça, donc euh...voilà. »

E11 : (En parlant du test d'effort) « Quand je l'ai fait y a deux ans j'avais arrêté, vous savez y a quatre niveaux. Y a quatre niveaux, au deuxième déjà j'en pouvais plus... au troisième c'était l'horreur. Je descends et... Et là j'ai fait les quatre niveaux et heu l'endurance était bonne quoi. »

- **Sommeil**

Certains bénéfiques n'étaient pas vraiment attendus, mais améliorent la qualité de vie des patients. Notamment, la pratique de l'activité physique provoque un changement de la perception de la fatigue, du sommeil et de son effet réparateur. D'autres soulignent que lorsqu'ils ne pratiquent pas d'activité physique, la fatigue est différente et la récupération moins évidente.

E5 : « Ça nous permet de, pfff... le sport c'est, c'est une bonne fatigue, ça nous permet de mieux dormir »

E7 : « Ah oui, ah oui, et je crois que c'est la seule nuit, que je dois bien passer dans la semaine. Que j'arrive à dormir comme il faut. Parce que le reste du temps toutes les deux heures je me réveille

E11 : « Et là comme j'ai été immobilisé pendant un mois, donc pas de sport, et bien je me suis rendu compte que voilà, petit à petit, je commençais à avoir le sommeil qui se contrariait »

E11 : « La fatigue qui vient du rien faire, de l'ennui, comme la nourriture, la fatigue qui vient de l'ennui, euh qui vient de l'inactivité, et la fatigue physique, où on a donné en action et là, c'est pas du tout la même. »

- **Douleurs**

Tous les patients notent une diminution des douleurs, notamment articulaires.

E5 : « Pour m'entretenir parce que, depuis... moi j'ai 64 ans, depuis que je fais ça, je me lève le matin, je suis déjà en pleine forme, j'ai pas ces douleurs, ces courbatures, j'ai pas tout ça »

E7 : « Bah déjà les douleurs sont un peu moins... je suis moins focalisée sur les douleurs, euh... sur tout ça. Parce que c'est vrai que quand on n'y va pas, qu'on a une semaine de... quand T est pas là, on le sent... »

E9 : « Ben que ça me fait du bien ! Parce qu'après j'ai moins mal aux jambes hein ! »

E11 : « c'est important, on valide le capital qu'on a quand on sort c'est à dire une pêche d'enfer, plus mal nulle part et avoir envie de bouger, de faire plein de choses. »

- **Articulaire**

La pratique d'une activité physique permet le maintien des amplitudes articulaires et de diminuer une évolution dégénérative des articulations.

E1 : « Il y avait plein de gestes que j'arrivais plus à faire, et depuis qu'on fait l'activité physique, tous les matins on fait une heure, soit l'aquagym, soit du sport, mine de rien, ça dérouille, il y a des choses que je peux, mieux que le passé un temps je ne pouvais plus faire. »

E6 : « ça permet de garder plus de heuu... mobilité, on a les membres qui continuent à garder une certaine habitude de plier les jambes, de faire un effort. »

E6 : « Je me suis rendu compte que le travail ça use énormément les articulations. On a des problèmes de ménisques, on a des problèmes au niveau des articulations des mains, des coudes et le fait de garder une activité régulière ça permet de... de.. d'empêcher justement l'arthrose »

#### b – Sur le plan psychique

- **Augmentation de l'estime de soi**

- Être mieux dans son corps

La pratique d'une activité physique aide à une meilleure acceptation de son corps. En effet, le patient prend conscience qu'il agit positivement sur sa santé et son image corporelle, qu'il en est acteur.

E8 : « Eh bien, enfin... redevenir comme avant, être plus jolie, avoir un corps où je me sente mieux, où je puisse mieux bouger, voilà me sentir plus à l'aise... »

E9 : « Oui la perte de poids et pour être mieux à l'aise, parce que j'ai mal partout moi j'ai mal au dos, j'ai mal aux jambes, j'ai mal dans tout le corps parce que je suis mal à l'aise, j'ai du mal à m'habiller, à me chausser euh... je suis vite essoufflée... et oui les kilos on les a tout partout les kilos. »

E10 : « Je ressens un bien-être et puis je me dis tu as fait quelque chose de bien pour ton corps. »

E11 : « Haha, et ben quand c'est dur je pense au bienfait que ça m'amène après. [...] Et je me disais bon aller, pense à quand tu vas sortir tu vas avoir la pêche. [...] Parce que voilà je suis consciente de l'après, de l'avant et pendant. »

#### ➤ Moment pour soi

Ce temps est vu par le patient comme un moment dédié à sa santé. Le temps et l'activité sont choisis en fonction des goûts du patient Il est différent des obligations quotidiennes. Le patient a alors le sentiment de prendre soin de lui, ce qui renvoie une bonne image de soi.

E1 : « Voilà, marcher c'est plus un plaisir. Même pourtant j'adore le jardinage, mais c'est pas pareil ! Ok on prend une pelle et tout, on se met à quatre pattes, on fait des mouvements comme ça, comme ça, mais on en fait pas autant que quand on fait une activité. Une activité c'est pour soi quoi. Que le ménage, jardinage c'est pas pareil. Le ménage on est obligé de le faire, c'est une corvée pour moi. »

E3 : « Parce que je ne me suis jamais occupé de ma petite personne. J'ai toujours pensé aux autres et pas à moi et maintenant il faut que je m'occupe un peu de moi. »

E6 : « Puis ça permet aussi d'avoir un petit moment à soi, parce que bien souvent je me dévoue pour les autres, et dans un sens c'est nécessaire d'avoir un petit moment à soi. »

E8 : « Ba c'est un moment où... on arrête un peu tout le reste et on peut se dire, et bien, on souffle quoi, on est bien, on balade, on marche, voilà euh... Un peu un moment de ... oe de détente. »

#### ➤ Valorisation personnelle

L'accomplissement de l'activité physique est perçu comme une réussite provoquant ainsi le sentiment de maîtrise et l'augmentation ou le retour à l'estime de soi.

E3 : « Après il y a une sensation de bien-être et une estime de soi oui plus je dirai, de voir qu'on est capable de faire euh... et de progresser surtout. »

E5 : « Après quand on arrive à réussir des trucs, c'est que du bonheur quoi. On se dit j'y arrive, j'ai monté sept étages d'escaliers, tu arrives en haut tu es quand même fier de toi c'est encourageant »

E8 : « Quand je sortais de la séance je me disais, "ah bah c'est bien, j'ai quand même fait plus que la dernière fois" »

E10 : « Je me sens bien et la satisfaction d'avoir dépassé cette non envie. »

E11 : « On va dehors on se sent mieux, on a plus envie de plaire, ça découle de beaucoup de choses. »

C'est aussi un moyen de se donner de nouveaux objectifs, de voir qu'une évolution, une progression est possible et donc d'ouvrir de nouvelles perspectives à sa vie.

E2 : « Pour gagner un peu de mobilité, essayer de gagner un plus, aujourd'hui vous faites dix mètres dans le couloir, et bien demain vous en ferez onze, puis douze, puis treize. »

E3 : « Maintenant c'est le seul but qu'il me reste, puisque je suis inapte au travail. »

E4 : « Ah ben oui. Heu des fois quand j'arrivais à mon but j'étais heureux, ça me provoquait, de la bonne humeur quoi. »

E8 : « Je commençais, je sais pas par dix minutes, je faisais après onze minutes, douze minutes etc, donc j'avais une évolution, qui était bien, qui était même encourageante. »

E11 : « Voyez, moi j'ai eu des problèmes avec le vélo. Je suis terrorisée à l'idée de monter sur un vélo. Donc j'y travaille, parce que c'est quelque chose que je veux réaliser, voyez c'est un objectif que j'ai en sport. [...] Ça serait ma victoire. »

Cela permet également d'augmenter l'estime de soi en société. Cela ouvre des conversations et permet aussi de montrer que l'on prend soin de soi.

E11 : « Et aussi le fait que je parle de faire..., les gens me disent ah ben tiens ce soir je vais à la salle moi, ou je vais à la boxe je sais pas. Moi je dis ben tiens je vais à la marche nordique. Ah bon tu fais la marche nordique ? Ou ah bon tu fais la piscine. »

- **Meilleure gestion du stress**

- Bienfaits d'une activité extérieure

Pour les patients qui n'ont pas de travail (retraite, invalidité) c'est un moyen de donner un rythme à leur vie, et de les obliger à sortir. Pour ceux qui travaillent, un moyen de couper avec le stress professionnel.

E1 : « Tout en marchant, je m'oxygène l'esprit. Ça me fait du bien. »

E3 : « De rester enfermé à la maison devant la télévision, c'est pas sain comme vie. »

E5 : « Ça permet de s'évader. »

E6 : « Pour m'oxygéner aussi. Et me calmer. »

E9 : « Je vois d'autre monde et je reste pas toute la journée couchée devant la télé, à rien faire. »

➤ Aide à la gestion des soucis quotidiens

Comme le décrivent les patients, l'activité physique les aide à trouver des solutions, des réponses à des questions, et donc les rend plus sereins.

E3 : « Déjà on ne pense pas aux soucis, ça c'est très important, d'avoir l'esprit occupé »

E5 : « Ça nous aide à solutionner quelques problèmes, on fait que penser. »

E6 : « Et en plus c'est très bon pour le moral ça permet d'oublier les petits soucis du quotidien. [...] D'aborder les problèmes avec plus de calme, de sérénité. »

E11 : « Ça faisait beaucoup de choses à gérer, d'autant plus que je pouvais pas évacuer mon stress puisque je pouvais pas bouger. »

- **Stabilisation de l'humeur**

C'est une façon de régulariser son humeur, soit en maîtrisant une énergie positive, soit en contrecarrant des émotions négatives.

E6 : « J'ai l'impression d'avoir trop d'énergie et en utilisant mon énergie à faire du sport ça me permet de canaliser l'énergie et de me sentir mieux. »

E8 : « Je pense qu'il peut y avoir un peu plus de stress, un peu plus de ... oui, quand on fait pas de sport. »

E11 : « Alors que maintenant, d'après mon ami, plus je bouge, plus il me dit : tu es pétillante. »

E11 : « J'avais l'impression que quand on faisait une journée à la maison tranquille, sans ménage tout ça, on était reposé et en fait là, je me rends compte que quand je fais ça, je me dis : "tu es pas reposée, tu es fatiguée" euh... un peu déprimée même, voyez ? »

## c – Sur le plan social

- **Aide relationnelle**

Ceci permet alors de favoriser la sociabilisation, les relations avec autrui, que ce soit dans le cercle familial, d'amis ou au travail.

E4 : « Socialement parce que moi je... j'ai un caractère chaud et je me mets facilement en colère, voilà, avant j'étais pas comme ça. Quand je faisais de l'activité physique que je m'entraînais à la maison, j'étais calme. »

E6 : « Ben dans..., l'impact que ça peut avoir en arrivant, c'est que dans ma vie professionnelle, à mon travail je suis plus calme, plus à l'écoute, plus disponible, j'ai la tête moins encombrée de petits problèmes, ça me donne la tête plus disponible pour les autres. »

- **Maintient autonomie**

En favorisant le maintien de la masse musculaire, des amplitudes articulaires, de l'habitude de sortir, et en stimulant la mémoire, l'activité physique aide les personnes obèses à conserver une autonomie pour les gestes de la vie quotidienne.

E2 : « Ça m'aide à pas réduire ma mobilité »

E2 : « La marche vous aide à faire le boulot du quotidien. C'est une activité qui est liée au quotidien la marche. On en a besoin pour faire les courses, pour vos loisirs... qui dit plus de marche, dit plus de vie sociale, plus rien du tout. »

E6 : « Pour rester en bonne santé, pour garder une certaine autonomie en vieillissant, »

E7 : « *Et si vous n'en faites pas d'activité physique, vous vous rendez compte que...* Ah oui, que la musculation elle s'affaiblit, s'affaiblit beaucoup. Parce que c'est sûr que là je fais pas ça je... Je serai pas ... aussi bien que je suis maintenant hein! Je serai affaiblie... »

E7 : « Il nous installe des parcours, il nous les explique, et après c'est à nous à retenir les parcours qu'il y a à faire [...] en faisant comme il fait ça nous oblige à être concentré sur ce qu'il dit. »

- **Rassure la famille**

Certains soulignent qu'ils le font aussi pour leur famille. En effet lorsque les proches sont éloignés géographiquement cela les rassure de savoir que leur parent réalise une activité physique. Ils savent qu'elle contribue au maintien de l'autonomie, de la sociabilisation et que la personne n'est donc pas seule.

E7 : « Bon ça je sais que mes filles euh le jour où le papa est parti elles m'ont dit : "maman, tu continues le sport hein tu t'arrêtes pas ! [...] il m'avait dit alors : « Au mois de septembre tu reprends le sport, tu reprends le club, tu reprends tout, tu arrêtes rien. » Alors bon j'ai tout repris hein. »

E10 : (En parlant de son fils) « Il m'engueule, allez bouge-toi un peu, il m'encourage. [...] D'autant qu'il est pas sur place, donc heu voilà hein. »

- **Favorise les rencontres**

L'activité physique permet, en maintenant l'autonomie, de maintenir la possibilité de se déplacer pour rencontrer des personnes, une stabilisation de l'humeur et donc une sociabilisation plus facile. C'est également un moyen de faire des connaissances et de diminuer ainsi la solitude.

E5 : « On se retrouve avec des gens, qu'on connaît pas souvent, et ça nous permet de connaître des gens et c'est sympa quoi. On est tout un groupe, ils m'ont tous téléphoné en sachant que j'étais là, bon, euh.... On forme un noyau, on forme un groupe quoi. »

E11 : « C'est plus agréable parce que bon par exemple on peut échanger. Voilà on se, on se retrouve dans un cercle on va dire. »

#### d - Cercle vertueux

- **Alimentaire**

L'activité physique régule la prise alimentaire de plusieurs manières. D'une part comme elle crée une occupation, elle diminue le grignotage. D'autre part, le patient, en faisant l'effort de faire une activité physique, entre dans une optique de santé. Ainsi, en complémentarité, cet effort se

poursuit sur l'alimentation. De plus, l'activité physique ouvre l'appétit, et surtout on mange en appréciant et sans culpabilité, ce qui permet une alimentation plus saine.

E1 : « Vu que je fais des efforts physiques, automatiquement on a moins envie de se jeter sur la nourriture, c'est vraiment dommage, on a marché pendant je sais pas combien de kilomètres on va pas arriver et se manger que des cochonneries. Je pense que c'est ... et c'est pareil, si on mange des cochonneries alors qu'on sait que demain on doit faire je sais pas combien de kilomètres, je pense que l'un et l'autre sont indispensables, voilà. Pendant qu'on fait du sport, on ne pense pas à grignoter, et quand on veut grignoter on se dit : non mais attends, avec tout ce que tu as fait aujourd'hui tu vas pas manger enfin... »

E5 : « ça nous permet de, de manger de, de, de correctement, de plein de trucs... Et d'être bien surtout. On a une bonne faim quoi, enfin, il me semble que c'est un bon appétit quoi c'est.... on a une bonne fatigue, et après c'est une détente de manger c'est un plaisir quoi. C'est des plaisirs de la vie comme le sport quoi. Quand je bouge pas, je, je suis frustré un peu et je culpabilise. »

E6 : « Oui, et ça permet aussi au niveau diététique d'être à l'écoute de son appétit. Et ça, ça engendre à ce moment-là une meilleure gestion de l'appétit. »

E11 : « Ça faisait beaucoup de choses à gérer, d'autant plus que je pouvais pas évacuer mon stress puisque je pouvais pas bouger, donc c'est vrai que la plaquette de chocolat c'était un peu... »

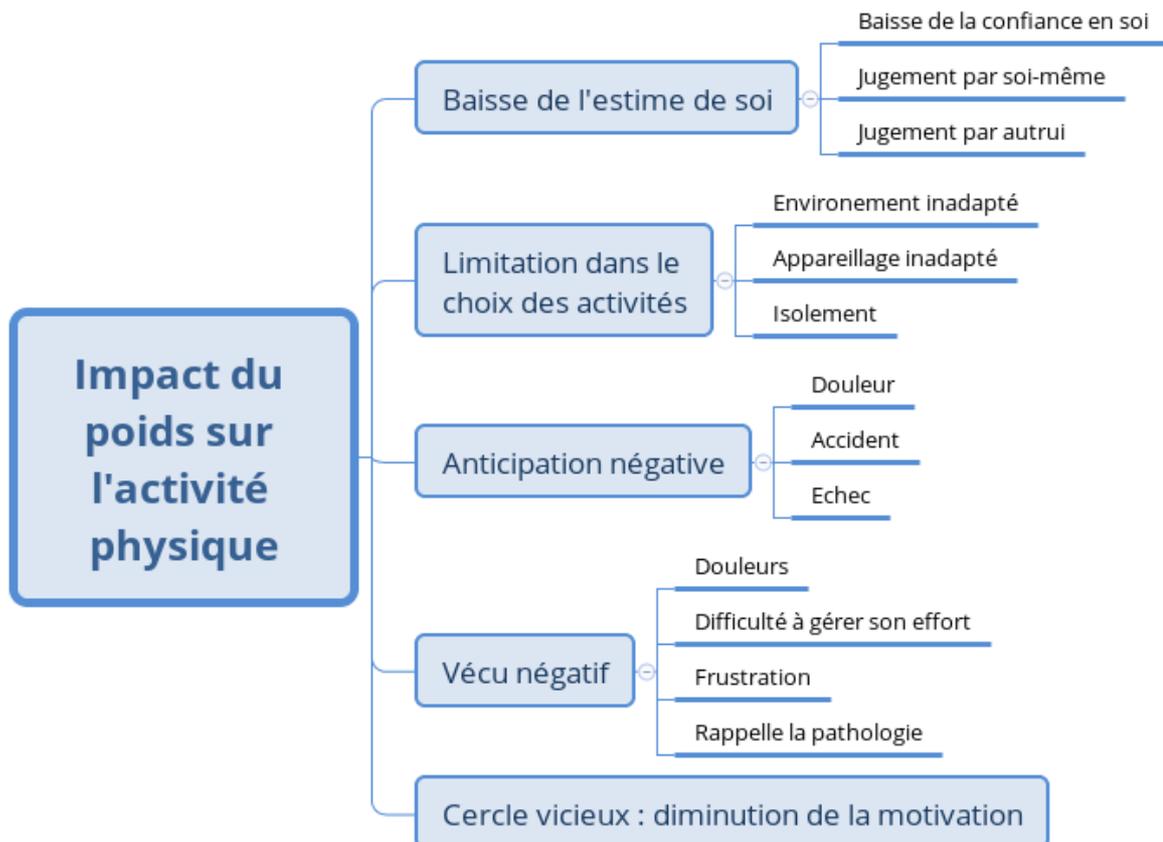
- **Douleur**

Les douleurs décrites par les patients sont principalement des arthralgies des membres inférieurs. En effet ces articulations doivent supporter un poids plus important. En pratiquant une activité physique adaptée, où l'on respecte et évite la douleur, cela permet une perte de poids, et donc moins d'arthralgies et permettra ainsi une pratique avec moins de douleurs et donc plus motivante.

E10 : « Quand j'avais maigri oui je je marchais, je ... j'avais moins mal au genou. C'était, c'était bénéfique heu, oui. Surtout sur les genoux. »

## B - Le poids a un impact négatif sur la pratique d'une activité physique

La prise de poids entraîne le développement de nombreux freins à la pratique d'une activité physique si elle n'est pas adaptée, provoquant une baisse générale de la motivation et agissant au final comme un cercle vicieux.



### a - La baisse d'estime de soi

L'estime de soi représente l'opinion que l'on a sur soi-même. Plusieurs facteurs, internes ou externes, concourent à diminuer l'estime de soi chez la personne obèse.

- **Baisse de confiance en soi**

Les patients ont été confrontés à des échecs lors de l'activité physique. Seuls ils n'ont pas les ressources pour bien réagir : ils se braquent et se disent qu'ils n'ont pas les capacités, au lieu de trouver une solution en intégrant cet échec. Par exemple en adaptant des objectifs, en valorisant ce qui a pu être fait. La confiance en soi étant plus basse, ils préfèrent alors éviter ces situations de mise en échec.

E2 : « Voilà. Parce qu'avec notre handicap, on est souvent dévalorisé. On se sent diminué. On se sent nul. »

E2 : « Vous vous sentez comme une bête, comme une.... À part des autres, comme... un tribu de la société. Ça engendre de la dépression, de la tristesse, de... ça vous donne une mauvaise image de vous. »

E4 : « A un moment donné, on se met à la fatalité quoi, on dit c'est bon, on peut pas quoi, voilà. »

E6 : « Alors on a cette espèce de frustration, en se disant, je vais pas y arriver. J'y arrive mais avec beaucoup de difficulté et la prochaine fois j'y arriverai pas, et on se décourage très vite. »

E11 : « Bah parce que quand on a plus de poids, et bien on a plus de mal à se mouvoir, à faire des choses. On pense qu'on n'est pas capable. »

- **Jugement par soi-même**

Aujourd'hui, la perception de notre corps est régie par des idéaux de beauté qui reposent sur des icônes publicitaires parfaites, des top-modèles. Ceci a un impact fort sur la représentation que chaque personne se fait de son propre corps et de ce qu'il entreprend pour l'entretenir. Il en résulte un auto-jugement négatif chez ces patients, leur corps étant loin de ces idéaux, un sentiment de honte s'installe, et ce qui les empêche de pratiquer les activités où ils se sentent exposés.

E2 : « J'arrivais pas à tout faire, que je me sentais diminuée par rapport aux autres qui étaient plus sveltes, plus... enfin, étaient plus, dans la norme quoi. »

E2 : « Je l'aime pas mon image, je l'ai jamais aimé. »

E2 : « Oui, moi et les autres, le regard des autres. »

E8 : « La piscine ce serait très bien. Mais se mettre en maillot, tout ça, c'est vrai que... maintenant... ça me gêne un peu. »

E9 : « J'aime pas ça. D'abord j'ai pas le physique pour. »

E11 : « Parce que le regard, déjà de moi-même sur le fait que je n'arrive pas à faire les choses »

E11 : « Bah non, parce que déjà quand vous voyez tout ce qu'il y a à côté, ou les gens qui vont très vite par exemple, c'est pas évident nous d'arriver après, et d'avoir une vitesse réduite quoi. »

- **Jugement par autrui**

De même que le jugement sur soi-même, ce culte du corps et de la minceur engendre des jugements par les autres. Ce phénomène est sûrement encore plus présent dans le milieu du sport, où l'image corporelle peut être le reflet du soin que l'on offre à son corps. Les personnes obèses sont parfois jugées du fait de leur poids, comme des personnes qui ne prennent pas soin de leur santé, des personnes laxistes. De plus, si l'obésité est majeure, ces personnes sont regardées car leurs différences éveillent la curiosité.

Le regard porté sur leur corps est très stigmatisant et certaines agressions verbales très mal vécues. Ce sentiment de jugement par autrui va donc provoquer un évitement de ces situations d'expositions, notamment dans les salles de sport, les piscines mais également dans de nombreuses autres disciplines.

E2 : « Et oui, si on vous dit : "Tiens regarde la grosse, elle a pas honte d'aller à la mer", exemple ça m'est arrivé, euh... rester chez elle, cela montre que quand on est obèse, on n'a plus droit à rien. Ni sport, ni amour, ni vie sociale, ni rien du tout. »

E2 : « Tout le monde me relookait là... comme une bestiole, non ! »

E2 : « Toutes ces paroles négatives peuvent démolir quelqu'un. » « Il y a toujours quelqu'un pour vous dire une méchanceté »

E4 : « Les trois quarts ils vous le diront pas mais les trois quarts ils viennent pas pour ça hein, pour le ridicule. »

E6 : « J'ai du mal à y aller parce que, je me sens exposée. Il y a des bonnes femmes qui sont là, qui vous regardent, qui vous dévisagent de haut en bas, et ça vous donne des complexes. »

E11 : « Le regard des autres aussi, il faut pas s'en cacher ça peut être aussi par moment difficile à porter dans une activité ouverte. »

## b - L'obésité limite le choix des activités

Une autre problématique des personnes obèses est qu'ils ne peuvent pas pratiquer l'activité physique de la même manière que les personnes qui n'ont pas de problème de poids.

- **Appareillage inadapté**

En effet, par leur morphologie (notamment la graisse abdominale) certains gestes ou positions ne sont pas réalisables par des personnes obèses. Les articulations supportent beaucoup moins longtemps le poids imposé, ils se sentent également beaucoup moins agiles, et la difficulté de se relever est souvent mentionnée. Il existe des solutions simples à mettre en place, comme des barres d'appuis pour se relever, des appareils permettant de pratiquer en diminuant la charge des articulations, mais tout cela n'est pas facilement accessible.

E 2 : « Le ventre, le tablier, voyez il m'appuie sur les jambes, et ça me coupe aussi le... faut le porter, c'est... il est important mon ventre. Et donc ça plus les jambes, ça a une incidence quand même. »

E3 : « On m'a même donné un vélo, alors pas du vélo de course hein, un vélo de femme parce qu'avec mon ventre s'il y a une barre je peux pas, parce que mon ventre me gêne énormément »

E7 : « Parce que je peux pas me mettre par terre. Une fois que je suis par terre je peux plus me lever. »

E9 : « Euh courir je peux pas, avec mon poids j'ai du mal à marcher »

E11 : « Bah parce que quand on a plus de poids, hé bien on a plus de mal à se mouvoir, à faire des choses. »

- **Environnement inadapté**

La pratique d'une activité physique par une personne obèse requiert quelques aménagements. En effet, plus le poids est important, plus les efforts à fournir sont importants, plus les douleurs arrivent vite. Ainsi, l'effort produit sera en général moins long et nécessitera des pauses plus fréquentes. Il est alors plus difficile de trouver des parcours en nature où il est facile de s'arrêter, où l'on peut choisir la distance en fonction de ses capacités au moment de l'exercice. De plus, les salles ne sont pas toujours accessibles.

E2 : « Tous les... un mètre il faut s'asseoir ! Et encore que, il y a des coins qui sont pas adaptés et pour le moment il y a rien du tout. Donc de ce fait hé bien vous évitez ces coins. »

E2 : « Ils demandent de monter l'escalier de passer de l'autre côté de la salle, moi j'arriverais à la salle je suis morte. Si je fais de l'activité physique à la salle je peux pas revenir ! »

E6 : « Car j'habite à un endroit où ça monte sans arrêt. Faudrait que je fasse du vélo que dans du plat. Donc déjà le vélo j'adore mais je peux pas en faire comme ça. »

- **Isolement**

Les différences de capacités avec l'entourage entraînent également de l'isolement. Les patients ont l'impression d'être gênants, d'empêcher les autres de faire leur activité à leur rythme, de demander plus d'organisation. Ils n'ont alors personne avec qui pratiquer.

E2 : « Du fait que je peux pas marcher bah je m'isole euh... je m'isole, on se dé-sociabilise, on va pas imposer aux autres notre handicap quand même. »

E4 : « Là je vais promener par exemple avec des amis à Palavas et heuuu on peut pas se garer à coté, sur une place handicapé, alors on est obligé de revenir car on n'a pas de place et je peux pas marcher. »

E9 : « J'aime bien faire les choses accompagnée. Mais bon j'ai personne, je connais personne moi. J'ai pas d'amis, j'ai personne. »

E10 : « Je m'essouffle aussi, donc les gens sont obligés de m'attendre, voyez c'est aussi une galère pour eux, pour la marche nordique. »

E10 : « Bon disons j'ai des amis qui me disaient que je ne suivais pas, voilà. »

### c - Anticipation négative

- **Douleur**

Certains patients associent l'activité physique à un moment désagréable, en repensant aux douleurs qu'ils ont déjà pu avoir.

E6 : « Et... et est-ce que ça en fera souffrir au niveau musculaire, au niveau des articulations, est ce que je vais en être capable, [...] c'est surtout ces questions-là que je me posais. »

E10 : « c'est aussi l'idée que je vais avoir mal qui me retient aussi. Je dois marcher mais heu... l'idée de me dire : « ah tu vas avoir mal bon ben ça c'est un refouloir ça ».

- **Accidents**

Il s'agit pour la plupart des patients d'une reprise d'activité physique. L'obésité et les autres pathologies dont ils peuvent souffrir représentent pour eux un sur-risque d'accident, notamment les chutes ou les accidents cardiaques. Ils craignent de ne pas pouvoir être pris en charge à temps et ne veulent donc pas pratiquer seuls ou dans des lieux isolés.

E2 : « Je ne... d'une je ne peux pas y aller toute seule, en cas si je tombe ou que j'ai un malaise, donc vous êtes toujours assisté. [...] Je peux tomber, au bord du lac, on ne sait pas, et qui vient vous chercher ? »

E7 : « Bon c'est vrai que, bon je pourrais aller marcher mais bon comme je dis toute seule, avec la canne et tout on sait jamais ce qui peut m'arriver, donc euh... C'est vrai que je marche pas... »

E10 : « Déjà pour mes genoux et puis pour l'asthme j'avais peur de de de, de m'effondrer, d'aller trop loin heu voilà, de dépasser les limites »

- **Échec**

Parfois, les patients ne se lancent pas dans une activité, car ils ont peur de ne pas y arriver. Ils pensent qu'ils n'ont pas les capacités, ils anticipent l'échec et l'auto-dévalorisation qui va en découler. Comme on l'a vu plus haut, la confiance en soi est souvent diminuée chez ces personnes, ils n'ont alors pas les armes pour faire face à ces échecs.

E2 : « De la peur, du stress, de me dévaluer, de me dire, t'es nulle ma pauvre, tu vois tu y arrives plus. A quoi tu sers ? »

E2 : « Alors de la peur. *De la peur pourquoi ?* De pas y arriver. »

E11 : « J'avais pas envie de rentrer dans les choses qui me compliquaient la vie quoi. Tout simplement. »

## d - Vécu négatif pendant l'activité physique

Les patients connaissent l'état de bien-être qu'on peut ressentir après une séance d'activité physique. Malgré cela, les difficultés engendrées par le poids lors de la pratique, sont telles que cela ne suffit pas à motiver les patients.

- **Douleurs**

Les douleurs mentionnées sont surtout articulaires. Les articulations des membres inférieurs sont les premières à souffrir car elles supportent une charge trop importante.

E1 : « Ah oui, oui. Il n'y aurait pas ma cheville, je pense que j'en ferai plus, mais je peux pas trop après, comme je vous disais pour ne pas tout stopper à cause de la cheville, mais je pense que pour le poids c'est indispensable. »

E5 : « Parce que je suis trop lourd, j'ai mal à mes genoux. »

E10 : « J'ai mal je ne peux plus, je ne peux pas le terminer le vélo. »

- **Difficulté à gérer l'effort**

Tout comme les douleurs arrivent plus vite chez ces patients, le système cardio-vasculaire est également mis rapidement à l'épreuve. Les patients ont tendance à se donner des objectifs inadaptés à leurs capacités. Ils se fatiguent donc beaucoup plus vite et pensent alors qu'ils sont inaptes à cette pratique.

E2 : « Très motivée, mais bon le souffle suit pas, ni les jambes c'est ça le problème. [...] La marche à pied vous ne pouvez plus faire une distance comme avant parce que vous êtes essoufflée, fatiguée, il vous faut toujours trouver... chercher un banc qui traîne par là ou une chaise. »

E4 : « J'étais fatigué, j'étais essoufflé. Je sais pas des fois j'avais beaucoup mal aux jambes. »

E5 : « Ah le poids il me gêne c'est sûr, mais il me gêne dans tous les sports, dans tous les sports on peine. »

E9 : « Ben je suis vite essoufflée, je suis très fatiguée, je j'ai mal au dos, j'ai mal à la jambe, j'ai pas assez de... j'ai trop de poids sur moi, voilà. »

- **Frustration**

Quand la volonté d'exercer une activité physique est présente, mais que le patient se rend compte de son incapacité, un sentiment de frustration se crée. C'est encore une fois dû au fait que l'objectif fixé est inadapté.

E1 : « A cause de ça je ne marche pas comme je marchais avant. »

E4 : « Le moral est touché quand on peut pas faire ce qu'on veut. »

E5 : « Bah je suis frustré un peu. Quand je fais 100 mètres et que j'ai mal à mes genoux ça m'énerve. »

E9 : « J'aimerais bien mais faut que j'arrive à perdre du poids. »

- **Rappel de la pathologie**

La pratique de l'activité physique renvoie les personnes à leur handicap. En effet cela fait pointer du doigt leurs différences, les conséquences qui en découlent et leurs difficultés à traiter cette pathologie. Il est alors plus simple de fermer les yeux sur cet état en restant inactif.

E2 : « Hé oui, parce que ça vous montre que vous avez des difficultés, elle vous ramène à la réalité. Si vous faites pas l'activité physique, vous voyez pas les défauts. Parce que vous vous aménagez une vie avec votre handicap. »

E2 : « A mon image, à ma mauvaise image de moi, je vois bien que quand je fais l'activité physique, ça me fait vraiment pointer du doigt, les problèmes que j'ai. [...] vous voyez les difficultés que ça engendre. »

E9 : « Hé bien de voir les gens comme ils sont dès qu'ils en font ils sont maigres, ils ont un corps génial, ils ont un joli corps. C'est ça qui me dérange moi, voilà on sent qu'il y a le poids »

E11 : « La plupart du temps c'est des petites minettes qui sont super bien foutues quoi. Et donc à côté on a du mal à dire euh... bon voilà, ou qui étalent leur joli corps et tout ça. »

## e - Cercle vicieux

L'activité physique est un traitement de l'obésité. Tous les freins que nous venons de voir diminuent la motivation des patients. Ils sont donc inactifs et de ce fait, ne perdent pas de poids. Ainsi, à chaque reprise d'activité physique, le patient se heurte à ces difficultés qui sont d'autant plus importantes quand le poids augmente.

Moins le patient fait d'activité, plus son estime de lui-même baisse et plus il est difficile d'affronter le regard des autres.

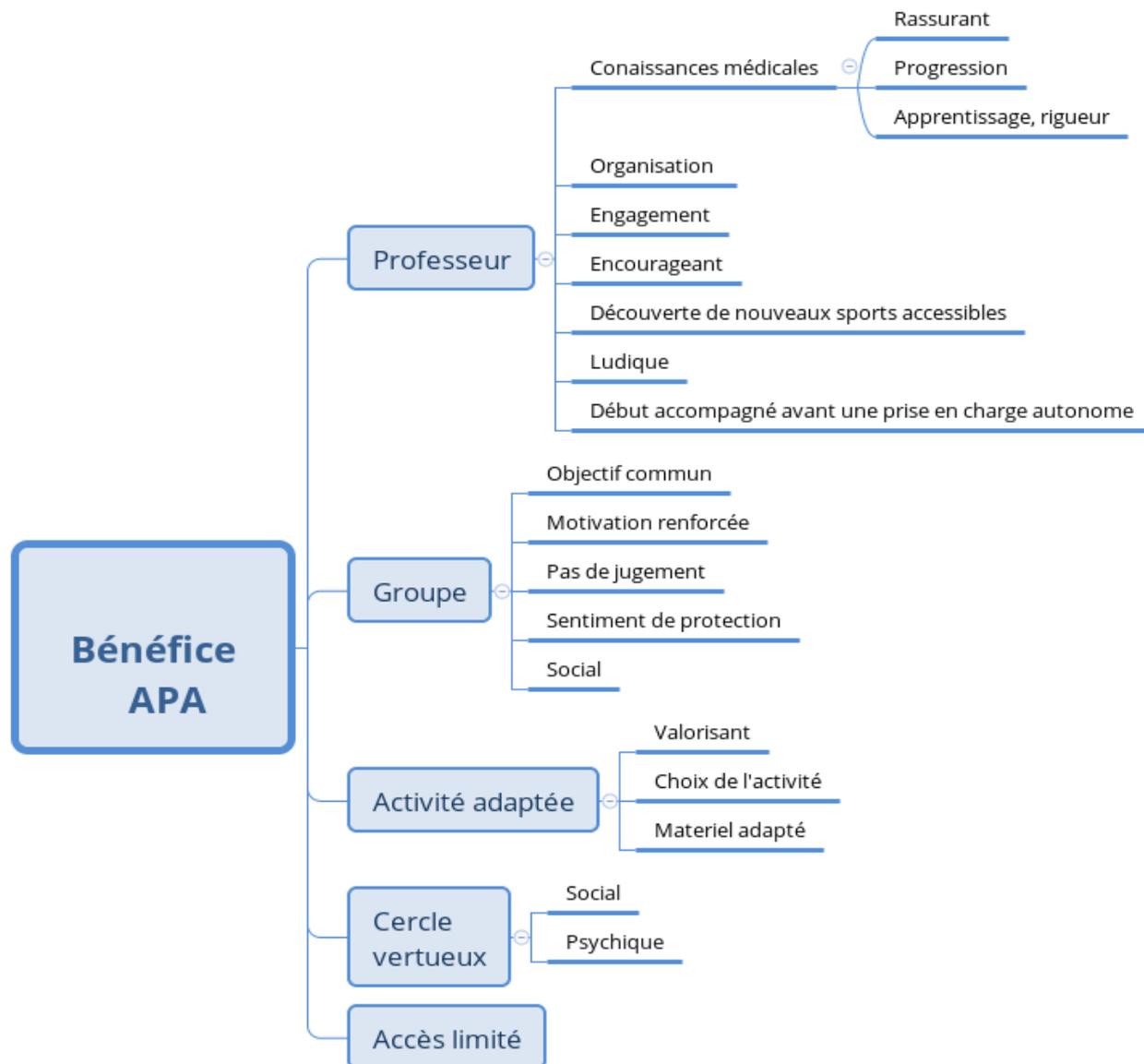
L'activité physique permet également de réguler la prise alimentaire et le sommeil. Quand le patient ne pratique pas, non seulement il prend du poids car il est inactif, mais également parce que son alimentation et son sommeil sont perturbés, il s'écoute moins, il prend du poids et a encore moins envie de faire de l'activité physique.

E1 : « Et puis après ça s'est machiné, et tout, il y a eu les soucis, et après c'est vrai que je les promenais plus, j'ai pris du poids de moins bouger, on n'a plus envie de bouger, donc c'est ... »

Une patiente a expliqué, que lorsqu'elle ne fait pas d'activité physique, son sommeil est moins bon, elle mange lorsqu'elle se réveille, même en pleine nuit, et cela a un impact sur son poids :

E7 : « *Et le fait d'avoir un bon sommeil, derrière vous ressentez euh... les effet bénéfiques le lendemain ?* Oui, oui ! Ce matin à quatre heures, je me suis levée, j'ai déjeuné, bon je me suis recouchée, j'ai mis la télé, je regarde des dessins animés, et je repique du nez jusqu'à six heures par là. Je dors par étape. *Et vous aviez faim en vous levant à quatre heures du matin?* Non j'ai déjeuné parce que j'étais levée et... »

## C - Bénéfices de l'activité physique adaptée



### a – Valeur ajoutée du professeur

L'enseignant en APA suit une formation complète sur plusieurs dimensions : d'une part médicale mais également psychologique et pédagogique, le sensibilisant à la gestion de groupe, l'éducation thérapeutique....

- **Connaissances médicales**

Les connaissances du professionnel permettent une adaptation du geste et de l'effort aux pathologies ainsi le patient se sent en confiance, encouragé, suivi.

- **Rassurant**

Les patients se sentent en sécurité, par le fait d'être pris en charge dans le cadre d'un parcours de soins, sous prescription médicale, par une personne ayant été formée sur les maladies chroniques, leurs risques et leurs conséquences. L'enseignant en APA connaît les pathologies des patients, sait ce que peut faire chacun sans risquer de blessure et il saura réagir face à un accident, une décompensation, une situation d'urgence.

E2 : « Je sais qu'il sait jusqu'où on peut aller. Qu'il a étudié la question. »

E3 : « Il faut être sous surveillance avec quelqu'un qui connaisse nos problèmes. [...] vous faire travailler en fonction de ce que vous pouvez ou ne pouvez pas faire. C'est à dire, que seul on peut faire n'importe quoi n'importe comment. »

E3 : « Il nous surveille. Je sais que là-bas, ils me mettaient la sat' pour me contrôler régulièrement, c'est très important, la tension, [...] et là-bas on faisait un dextro dès qu'on arrivait. »

E4 : « C'est bien parce que, on peut se faire mal d'abord. Et... On risque les blessures. »

E10 : « Voilà bien encadrée aussi. Et puis s'il nous arrive quelque chose je serai sur place. »

E11 : « Dans le cadre de l'hôpital où c'est quand même sécurisé, s'il vous arrive un malaise, il y a tout ce qu'il faut autour. »

- **Progression**

Les patients se sentant en sécurité, cela leur permet de pousser leur effort, de dépasser les limites qu'ils se fixent lorsqu'ils sont seuls et ainsi de progresser. En effet lorsqu'ils sont seuls, les patients ayant cette crainte qu'il leur arrive un accident, préfèrent rester sur une intensité connue. De plus l'intensité de l'effort étant adaptée à leurs capacités, ils ne s'épuisent pas, et peuvent prolonger leur effort.

E2 : « Ça me permet d'aller de l'avant. Aujourd'hui vous faites dix mètres, et la fois d'après quand vous vous sentez un peu plus capable vous en faites douze et ainsi de suite. »

E3 : « Bien sûr, si on va trop loin, la personne est là pour nous rappeler à l'ordre. Seul je me limite, j'ai peur de vouloir trop en faire, de prendre trop confiance en moi et de faire des choses qui peuvent être néfastes. »

E6 : « Lui il permet de découvrir d'autres choses, d'autres capacités dont on se sentait pas capable. Donc on va au-delà de ce qu'on voulait faire tout en n'étant pas forcé. »

### ➤ **Apprentissage, rigueur**

Par ses connaissances médicales et sportives, l'enseignant en APA offre un entraînement structuré et adapté, bien apprécié des patients. L'enseignant peut leur expliquer précisément chaque geste et son intérêt, et également ceux à ne pas faire pour ne pas se blesser. Il apporte également une rigueur dans l'entraînement, en effet, les patients se rendent compte que seuls, ils ne respectent pas les temps d'exercices. Par un apprentissage adapté du geste, le patient augmente son impression de bien faire, de se faire du bien et donc son engagement dans l'activité.

E1 : « Il nous dit bien les postures parce que des fois on se croit être bien positionné et qu'en fait non, la euh on faisait les abdos et moi des fois les abdos je les faisais ailleurs. »

E1 : « Là il nous fait les histoires de 3 minutes, 2 minutes et tout, allez, ça dure 3/4 d'heure. Chez moi en un quart d'heure tout est bâclé... »

E3 : « Là-bas on m'a appris à poser sa respiration en marchant. Donc il ne faut pas respirer n'importe comment, quand je tire j'expire, il faut poser la respiration sur le mouvement. Ça on me l'a appris là-bas, à respirer à l'effort. »

E5 : « Bah ces mouvements à l'aquagym, je pourrais pas les faire tout seul. Je connais pas moi...bon moi je fais des mouvements mais je sais pas... à quoi ils servent, alors que là il t'explique, tu lèves les jambes, tu fais travailler les abdos, tu, il nous guide quoi, il est là pour ça. [...] Bien sûr lui, il connaît le corps humain mieux que nous. »

E6 : « Quelle est l'alimentation adaptée à cette activité physique, le temps de repos ou le... la décontraction qu'il fallait après, je connaissais pas du tout comment je devais entourer tout ça, toute l'activité physique. »

- **Organisation**

Pour certains patients, la contrainte du poids, ou d'autres comorbidités rendent compliquée l'organisation d'une séance. Il leur faut trouver un endroit facilement accessible, avec des aménagements pour faire des pauses, pas trop isolé au cas où il leur arrive un accident... Pouvoir se laisser guider de temps en temps permet de renforcer la motivation.

E2 : « Si vous allez marcher il sait que, il a prévu le parcours adapté aux problèmes que vous avez. Il ne va pas vous faire marcher le long de la plage s'il n'y a pas un siège pour s'asseoir si on est... »

E2 : « Non mais c'est des trucs qu'il faut toujours, avant de partir, regarder où l'on va. Préparer le parcours. Parce qu'il faut regarder que, je puisse m'asseoir au cas où, que les portables passent s'il y a un souci, euh... c'est toute une logistique. Alors des fois c'est frustrant. »

E6 : « c'est bon des fois de laisser la responsabilité à quelqu'un d'organiser quelque chose. On abandonne la responsabilité on a pas besoin de se dire : « c'est vrai si je veux aller là, il faut que je passe par là... heuu faut que je passe par là ». Tandis que là, on pense pas à ça. On se dit, on se laisse guider donc on a pas à... ça enlève certaines contraintes. »

- **Engagement**

Le fait d'être inscrit, d'être engagé auprès de quelqu'un qui organise les séances spécialement pour chacun en fonction de ses capacités, pousse le patient à ne pas louper les séances. En effet les patients décrivent bien que seuls, chez eux, ils ne sont pas autant assidus, qu'ils ne prennent pas toujours le temps.

E1 : « Passé un temps, je faisais gym directe. [...] il nous faisait voir les mouvements, impeccable et tout, puis un matin je me suis oubliée, deuxième matin, « oh bof », et puis voilà. »

E2 : « Voilà tout seul vous le faites pas, vous avez pas l'envie. Vous êtes pas motivé. Et puis si vous vous engagez dans une structure vous avez quand même une parole, vous êtes obligé d'y aller. »

E8 : « J'y allais parce que c'était un rendez-vous, j'y allais pour ça. C'était vraiment dédié à ça, au sport, à faire du sport, voilà. [...] Je me disais là, euh c'est bon, c'est mon rendez-vous, j'y vais, voilà, pas le choix. »

E10 : « Le mercredi à onze heures j'ai vélo donc voilà. Vous voyez c'est, je me lève je m'habille. Que là si vous me dites que mercredi je fais à onze heures du vélo chez moi. Je vais pas le faire. »

- **Encourageant**

Ces personnes souffrant d'obésité, ont souvent perdu un peu de confiance en eux ou d'estime de soi. L'impact de l'enseignant est alors important. Un cours se doit d'être valorisant pour le patient et le rendre fier de lui. Ainsi, l'enseignant est là pour donner des objectifs atteignables et faire remarquer aux patients leur progression, leurs acquis.

E2 : « On se sent plus soutenu déjà. On se sent, on sent qu'on nous écoute, qu'on prend nos...notre problème en compte. Nos difficultés. »

E6 : « Il observe toutes les personnes qui sont là, il adapte le travail qu'il demande à la capacité de chacun et en fin de compte il demande jamais d'aller au-delà du rythme et il demande jamais de finir l'effort. [...] Et puis bon il encourage, tout en ne forçant pas et ça c'est génial ça. [...] Oui, si on vient là pour faire du sport avec lui, on a besoin d'encouragement. »

E9 : « Ben ça donne du courage, de la volonté je veux dire ça me, ça me fait bouger, ça me fait sortir, et comme ça je... »

E11 : « Donc voilà cette complicité qu'on a mis en place, lui qui est très dynamique, qui est encourageant, qui est pas du tout dans le jugement aussi. »

En revanche, malgré tout ce qu'apporte le professeur, certains patients ne trouvent pas la motivation de continuer les séances :

E8 : « Après c'est vrai que j'ai... peut-être plus trop la motivation de... d'y aller donc là j'ai un peu arrêté. Voilà c'est ça qui est important, qui est intéressant. [...] Alors je sais pas expliquer pourquoi j'ai arrêté, mais... Je pense que j'ai pas pris assez le temps. »

- **Découverte de nouveaux sports accessibles**

Comme on l'a vu, l'obésité limite le choix des activités. En adaptant les objectifs de chaque discipline aux patients, l'enseignant permet de diversifier la pratique.

E3 : « Excepté la marche, je vois pas autre chose à faire seul. »

E3 : « J'ai découvert là-bas, que j'aimais le sport, à mon âge. »

E6 : « Je découvre plein de choses et c'est très intéressant. Et c'est enrichissant, c'est bien ça permet de découvrir, on a découvert d'autres mouvements, heu, d'autres possibilités »

E10 : « Ben au départ la marche nordique, pour moi, ben c'était très intense, c'était très... et en fait, bon là c'est adapté hein. Mais heu, donc heu je me suis rendu compte que ça m'était accessible. »

E11 : « Il nous a amené petit à petit à l'activité, avec euh ... des moments pour se décontracter, tout ça, et du coup on y a pris plaisir petit à petit, et très rapidement on languissait le mercredi pour faire notre séance. Voilà donc c'est en fait, la méconnaissance des choses qui fait que... »

- **Ludique**

L'ambiance pendant le cours, le côté ludique que donne l'enseignant aux exercices, rend la pratique de l'activité plus agréable. Ceci renforce la motivation des patients, et ce d'autant plus pour ceux qui n'aiment pas faire d'activité physique ou pour qui cela représente une souffrance.

E1 : « Il est super sympa, il nous fait travailler sans qu'on s'en rende compte. »

E6 : « Le fait qu'il y ait la musique ça donne un côté plus ludique, on a l'impression de s'amuser à faire quelque chose. »

E9 : « Mais ils sont jeunes, alors ils rigolent entre eux, ils font, je veux dire il y a une bonne ambiance. »

E10 : « Et elle nous faisait, des ateliers avec des accessoires, des, des des cercles qu'il fallait lancer, c'était ludique. Oe voilà. C'est vrai qu'on ne voyait pas le temps passer. »

- **Un début accompagné avant une prise en charge autonome**

L'APA est vue comme un moyen pour démarrer l'activité physique. En effet, en reprenant de manière adaptée, cela permet de reprendre confiance en soi, de trouver plaisir à pratiquer et ainsi de pouvoir continuer une pratique autonome ou avec de nouveaux groupes par la suite.

E4 : « Il faudrait peut-être que j'ai pas longtemps un petit moment un kiné qui me fasse voir ce que je peux faire moi et après moi tout seul je le fais, je m'en fous. »

E5 : « Et après le faire soi-même, quand on a été corrigé, c'est bien quoi. »

E5 : « J'ai fait de l'aquagym, j'en avais jamais fait, euh, bon ça s'invente pas l'aquagym, il y a des mouvements, il sait oui les muscles qu'il nous fait travailler tout ça, mais après bon quand tu sais ça, pratiquement tu es capable de le faire tout seul. »

E11 : « Non, je pense que c'est bien de démarrer là... Et après faut passer à autres choses. Parce que d'abord faut laisser la place aux autres. »

E11 : « C'est le fait d'avoir un peu mis la mécanique en route, à l'hôpital, ça m'a donné envie quoi. J'y pensais pas. Je faisais autre chose. Mais voilà je vous dis maintenant aller faire des balades en forêt, tout ça, ça me plairait bien. »

### b- Impact du groupe

Le groupe a également un rôle important. En effet, se sentir bien dans un groupe permet d'être en confiance, rendre plus plaisante l'activité et donc augmente l'implication.

- **Objectif commun**

Ce que les patients apprécient dans les groupes formés pour l'APA, est que leur objectif est commun. C'est un objectif de santé et non de performance. Ils se sentent alors plus à l'aise dans ces groupes où la performance n'est pas recherchée.

E5 : « C'est à dire moi je fais de la muscu, moi je veux pas muscler, je veux juste entretenir, voilà. Là déjà le problème il est différent, alors que dans les salles la plupart ils veulent muscler. Moi je veux pas de gonflette, je veux me dérouiller, faire des mouvements. »

E11 : « Mais il faut essayer dans des conditions qui sont favorables à l'essai. C'est à dire que si vous mettez dix minettes de vingt ans avec des corps de rêve avec des personnes qui ont des problèmes de poids, je pense que ça va pas leur donner envie de continuer. L'effort n'est pas le même, le résultat ne sera pas le même, et ça c'est dommage qu'il n'y ait pas une prise de conscience sur certaines associations. »

- **Motivation renforcée**

Avoir un groupe homogène permet une stimulation mutuelle et une entraide. Seuls, les patients n'arrivent pas à trouver la motivation. De plus, voir des personnes de leur niveau réussir, s'impliquer, les incite à pousser leur effort.

E2 : « C'est un facteur, si elle le fait ça lance le mouvement donc on le fait presque sans s'en apercevoir parce que euh... c'est plus valorisant pour nous. »

E2 : « Hé bien parce que au moins en groupe, on se soutient les uns les autres. Moralement et physiquement presque. On s'entraide, mettons celui-ci il est obèse, un autre c'est la jambe, l'autre c'est le pied, l'autre... on essaie de se tenir moralement les uns les autres... »

E4 : « Ben déjà parce que moi tout seul, j'ai pas la tête pour faire ça, enfin tout seul j'ai pas l'esprit de le faire. »

E7 : « Bon déjà seule, on n'est pas trop motivée, il y a pas de motivation. Qu'en groupe, oui.

E9 : « C'est que j'aime pas faire les choses seule. »

E10 : « Puisque d'autres le font, d'autres qui sont un petit peu plus handicapés entre guillemets que moi donc heu pourquoi pas moi, quoi ? »

- **Pas de jugement**

Le jugement et le regard des autres qui freinent ces patients à la pratique d'activité physique est ici absent, puisque tout le monde vient dans le même but.

E2 : « Tandis qu'ici nous sommes tous, avec le problème plus ou moins. On se juge pas, chacun essaie d'aider l'autre dans... un petit peu quoi. »

E2 : « Tout le monde est égal à l'handicap. »

E6 : « Les personnes que je rencontre là, sont comme moi, c'est-à-dire que, elles aiment pas qu'on les dévisage de haut en bas, elles vont pas le faire pour moi non plus. »

E10 : « Ça me gêne moins parce qu'il y en a d'autres qui ont d'autres pathologies qui s'arrêtent aussi, donc je ne suis pas... enfin stigmatisée c'est un grand mot quoi mais voilà quoi. »

E11 : « C'est pour ça que l'intérêt de démarrer une activité à l'hôpital a beaucoup aidé parce que c'était des groupes de la même euh... les mêmes personnes que moi quoi. Si on y arrive pas, ou si on est gauche et bien, ça va être comme ça pour tout le monde quoi. »

E11 : « Et surtout le fait aussi d'avoir à faire à des gens qui ne vous jugent pas. »

- **Sentiment de protection**

Seuls, les patients se sentent plus exposés et fragiles. Lorsqu'ils sont en groupe, le regard des autres, même s'il est toujours présent, les atteint moins, ils se sentent plus forts face aux agressions extérieures.

E2 : « J'irai pas toute seule parce que pareil, on est plusieurs... mais si on est toute seule je pourrais pas non je serai... timide, j'aurai honte. »

E2 : « On se sent un peu cocooné, on se sent à l'abri des autres, enfin je veux dire du regard des autres. »

E9 : « J'ai du mal à y aller parce que, je me sens exposée. C'est-à-dire que ou alors il y a des bonnes femmes qui sont là, qui vous regardent, qui vous dévisagent de haut en bas, et ça vous donne des complexes. Ou alors, vous arrivez il y a personne, et l'accessibilité à la piscine est telle, qu'on se sent très très seule. »

- **Social**

L'activité physique adaptée est un moyen pour ces personnes souvent isolées de faire de nouvelles rencontres, de retrouver une vie sociale, et discuter avec des personnes qui ont les mêmes problèmes qu'eux.

E2 : « De reprendre une vie sociale parfois. Et d'être mieux dans la tête parce que on est moins isolés. Vous imaginez euh... Aigues-Mortes, les remparts hé bien on est au milieu. Sans les clés. [...] Voilà de discuter même au sport, de parler, d'échanger de... dire bon ah ohé j'ai acheté les godasses là, ah ohé elles sont confortables moi j'ai acheté .... Tout à la fois ça fait, le sport, la discussion, enfin... »

E2 : « Il y a des choses que vous direz pas à votre entourage, qu'on se dit entre nous parce qu'on se comprend. Parce que tout le monde a un petit problème et que l'entourage ne comprend pas forcément. »

E7 : « Ça me permet de voir les copines, de.... parce que là c'est vrai que depuis samedi après-midi je suis enfermée.... [...] Voilà ça me permet de sortir, de... Ah oui parce que sinon, c'est démoralisant. »

E9 : « Peut être après ça fera des contacts, parler avec eux, et.... les connaître. »

## c - Activité adaptée

L'enseignant en APA élabore des programmes personnalisés à différentes problématiques.

E2 : « Beh parce qu'il y a des choses qui ne me sont plus possibles de faire quand on a atteint le poids que j'atteins. Alors donc, quand on se retrouve dans une structure avec le sport adapté, ça nous permet de faire une activité physique adaptée à notre problème. »

- **Valorisant**

L'enseignant en APA donne à chaque patient des objectifs personnalisés et adaptés à ses capacités. Ainsi le patient peut atteindre ses objectifs et cela permet d'oublier un peu le handicap. Cette réussite le valorise, le met en confiance et lui donne envie de continuer.

E3 : « J'étais essoufflé, j'étais en sueur, mais c'était de la bonne fatigue, j'étais fier de moi, j'étais content de moi, d'avoir accompli ce que j'avais fait »

E4 : « Chacun fait la même chose, mais à son rythme et comme il peut le faire. »

E5 : « Bah ça me motive oui, ben bien sûr, quand on évolue dans un sport et qu'on progresse surtout c'est... c'est encourageant quoi. »

E6 : « Et, et y a beaucoup de satisfaction personnelle, car ça donne une satisfaction personnelle d'arriver à un effort, de pouvoir réaliser un effort. »

E6 : « Non non de toute façon il n'y a pas de petite victoire. Si on arrive un petit effort, on est content car on est arrivé à quelque chose. Si on arrive à un plus grand effort on est content car on a surpassé l'effort précédent et même si un jour on est fatigué et on arrive à un effort inférieur on se dit : « aujourd'hui je suis fatiguée mais j'y suis allée quand même et je suis arrivée à quelque chose ».

E7 : « Comme c'est un kiné j'ai dit, il va nous faire faire des choses qu'on peut pas faire quoi, donc après non, après, une fois qu'on a vu, comment il nous faisait travailler non ça été, que du bonheur ! »

- **Choix de l'activité**

L'obésité provoque beaucoup de contraintes pour l'activité physique. Comme nous l'avons vu, elle augmente les douleurs articulaires, engendre des problèmes de mobilisation. Il y a des possibilités pour rendre les activités à la portée de ces patients. Par exemple en choisissant des activités où le poids se fait moins sentir comme la piscine.

E1 : « Je veux pas vous le faire le poids, c'est pour les personnes qui veulent prendre du muscle, du volume. Nous c'est pas le cas. »

E2 : « Dans... en balnéo, la liberté. C'est le seul moment où je suis pas lourde. C'est agréable, cette sensation de liberté. Vous avez plus de douleur, vous avez plus de... l'eau vous porte donc vous avez plus de problème de motricité »

E10 : « Je vais sur le vélo qui est un peu, je suis assise un peu, vous voyez comme un genre de vélo, je pédale comme ça. Donc j'ai moins de douleurs. »

E10 : « Je ne peux pas faire de cardio, je m'étoufferais. Mais le vélo heuu comment vous dire c'est ... je fais des efforts pour le vélo mais comme je suis assise je ne le ressens pas pareil. Vous voyez ? »

E10 : « Oui voilà, une heure, heuu la piscine non, c'est plus, c'est plus agréable, je ne sens pas du tout mon poids donc c'est vraiment heu... »

- **Matériel adapté**

L'utilisation de matériel adapté permettrait également de limiter l'impact du poids. Un patient par exemple mentionne que les vélos d'homme ne sont pas adaptés lorsque que le périmètre abdominal est trop important.

E3 : « Un vélo de femme parce qu'avec mon ventre si il y a une barre je peux pas, parce que mon ventre me gêne énormément. »

## d - Cercle vertueux

- **Social**

L'activité physique adaptée est une occasion de rencontrer des personnes du même niveau physique. Ainsi les patients se sentent moins seuls, sont plus motivés à pratiquer et rencontrent des compagnons avec qui ils pourront pratiquer en-dehors de l'encadrement. Cela leur ouvre donc de nouvelles possibilités.

E10 : « Au niveau social, euh... ça m'a permis de nouvelles connaissances, selon vos groupes heuu, ce nouveau groupe de marche nordique là. Enfin c'est c'est des gens très agréables, des personnes très agréables, on a une activité en fin d'année, enfin comme tous les groupes. On a fait un pique-nique ensemble et tout quoi, en fin d'année c'était très très convivial, très sympa, vraiment très bien. »

- **Psychique**

L'augmentation d'estime de soi que permet l'activité physique est encore plus importante quand l'activité est adaptée. En effet, en adaptant les objectifs, le patient peut les atteindre ce qui renforce la motivation. Ainsi il pratique plus, ce qui lui permet de perdre du poids, ainsi le patient gagne en confiance en soi et le moral est meilleur. Cela permet de lever des freins à la pratique et même d'augmenter la motivation.

E2 : « Moi ça me fait du bien, si je vais bien là-dedans [elle montre sa tête], je vais bien en bas. C'est vrai c'est valorisant donc, dans la tête on est mieux donc dans le corps on est mieux. »

E11 : « De l'énergie. Ça c'est vraiment... Et de la bonne humeur. On sent que le moral est... on se sent mieux. Comme si on allait euh.. Voilà. Ça donne de l'adrénaline comme je dis moi.

E11 : « J'y arrivais au début euh.. avec pas d'envie du tout, mais vraiment pas envie, on me poussait pour y aller, et puis on ressort on valide, vous voyez j'aime bien cette expression, valider les choses, c'est important, on valide le capital qu'on a quand on sort c'est-à-dire une pêche d'enfer, plus mal nulle part et avoir envie de bouger, de faire plein de choses. Donc voilà l'activité physique... C'est-à-dire que maintenant j'ai, par exemple le week-end, on reste pas à la maison, j'ai envie d'aller bouger, d'aller marcher. »

## e – Accès limité

Les patients trouvent que l'accès à l'APA est difficile. D'une part financièrement. En effet en-dehors de l'hôpital, les séances ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale, et comme le soulignent les patients, pour les personnes à la retraite ou en invalidité il est compliqué de payer les séances. D'autre part géographiquement puisque très peu d'associations existent.

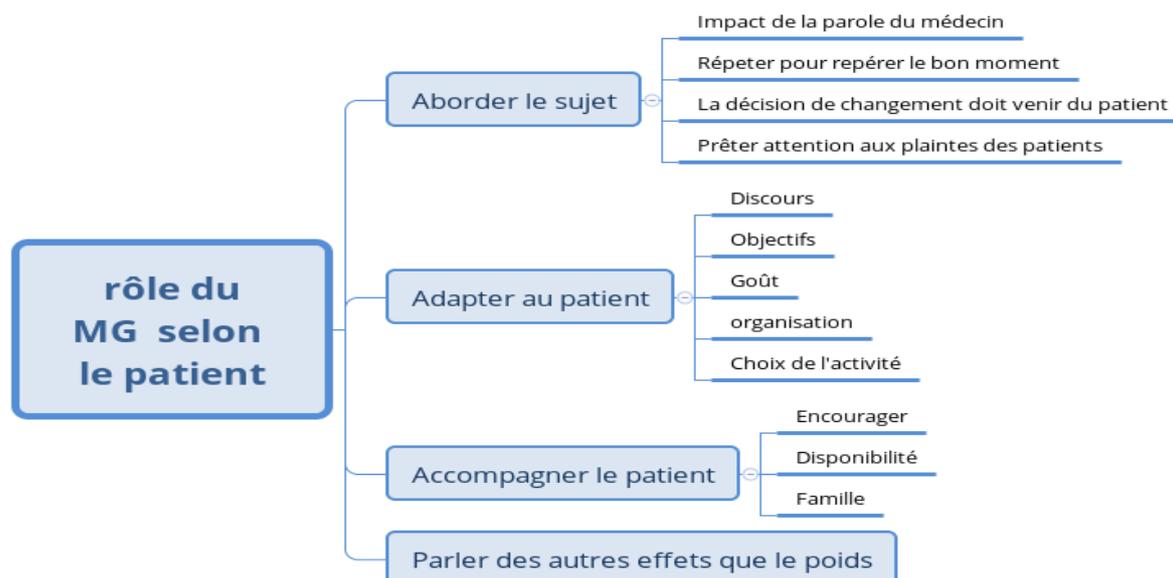
E1 : « L'aquagym je fais pas parce que c'est loin de la maison. »

E6 : « L'activité physique à l'heure actuelle, elle est pas ouverte à tout le monde car les salles de sports elles sont très chères, la piscine elle requiert un surplus pour faire de de la gymnastique en piscine donc financièrement ça oblige à avoir un certain budget pour le sport et ça c'est bien dommage. »

E10 : « Et donc j'ai fait deux fois huit séances et j'adorais ça, c'est vraiment la deuxième série j'ai dû la pleurer. Parce que ils voulaient pas, parce que, comme si à moi seule je crevais le plafond de la sécurité, je creusais le trou de la sécu. Alors qu'on était une dizaine pendant la semaine d'hospitalisation. Je suis la seule au vélo. »

E11 : « Réfléchir au côté pécuniaire. C'est vrai qu'il faut faire des des... ou des possibilités de paiement heu sur plusieurs échéances. Ou alors réfléchir à un tarif peut-être moindre. Parce que par exemple avec nous heu on était trois à travailler sur les huit. Les autres c'étaient des personnes qui pouvaient absolument pas travailler parce que problème de santé. Il y avait trois chômeurs. Il y avait deux retraités. Le problème c'est qu'à la retraite on a 800 euros vous pouvez pas vous permettre de faire une activité à 200. »

## D - Le médecin généraliste a un rôle à chaque étape du processus de motivation



### a - Aborder sujet

Quatre situations se sont présentées. Soit le médecin généraliste n'a pas parlé d'activité physique, soit il a parlé des recommandations de l'OMS, soit il a adressé directement à un professionnel (kinésithérapeute ou structure où il y a un enseignant en APA), soit il a essayé de faire une prescription adaptée au patient.

#### • **Impact de la parole du médecin**

De nombreuses campagnes de prévention accessibles à tous, sous forme de panneaux publicitaires ou à la télévision, incitent les patients à pratiquer une activité physique. Cependant on constate que ces recommandations ne sont pas suivies. Cela étant un message de santé, les patients pensent que les conseils de leur médecin généraliste auront plus d'impact sur leurs démarches de santé.

E4 : « C'est son rôle, que d'en parler, l'activité physique je pense que c'est le rôle d'un docteur quoi, un docteur doit, doit en parler. Normalement, mais bon. Parce que dans les villages à qui vous voudriez vous confier, pas au curé hein, c'est le docteur hein. »

E4 : « tu peux discuter puis elle te dit : « Mais Monsieur N vous savez quoi, pour ça vous savez il faudrait que vous fassiez comme ça. Un peu de sport, mais comme ça, pas beaucoup, mais parce que vous pouvez pas trop marcher, mais faites ça ». Si, si elle nous le disait, on a tendance à plus écouter un docteur que sa femme quoi je veux dire. [...] Si le docteur il vient vous voir, il vous dit il faut faire dix fois ça, dix fois ça. Et bien vous le faites. Et si personne vous le dit vous restez tranquille dans le lit à la maison et vous bougez pas. »

- **Répéter pour repérer le bon moment**

Lorsqu'on pose la question : « Votre généraliste vous a-t-il parlé d'activité physique ? », la plupart des patients répondent d'abord : « Non ». Puis se souviennent qu'en fait il leur en a parlé, mais qu'ils n'étaient pas réceptifs à ce moment-là. En effet, cela dépendra de l'état d'esprit dans lequel il était au moment de la consultation. Si le patient n'est pas dans une optique de changement, s'il n'a pas de motivation, il n'intégrera pas ces conseils. Il faut alors savoir répéter l'information lors de différentes consultations pour que, inconsciemment, l'idée chemine chez le patient.

E2 : « *Alors qu'elle vous l'avait dit finalement la médecin ?* Peut-être et que j'ai pas voulu l'entendre. »

E3 : « Il m'en a peut-être parlé, je ne dis pas qu'il m'en a pas parlé [...] Donc lui pour l'information il a fait son travail et en réception il n'y a pas eu de réaction. »

E6 : « Il m'en a parlé mais je le prenais à la plaisanterie quoi. »

E11 : « Euh, elle m'en avait parlé, elle est très très bien, moi j'ai un médecin qui est formidable, elle m'en a parlé plusieurs fois. Euh, je lui disais oui, oui... Et puis ça venait pas quoi, je sentais que après... »

- **La décision doit venir du patient**

Le patient est le seul acteur de sa santé, le médecin est là pour le guider, lui proposer des solutions. C'est ce qu'expliquent les patients ici : s'il n'a pas trouvé de motivation intrinsèque, ni d'intérêt à la pratique d'une activité physique qui sera supérieur aux souffrances que cela peut engendrer, il n'adhérera pas aux conseils du médecin.

E2 : « Alors pour être franche, euh...la flemme. Le pas envie, le... j'étais pas motivée. Bon je renvoie pas la balle sur le docteur, c'est nous aussi en tant que patient que... on est borné aussi. »

E3 : « De l'influence non, mais je garderai en mémo et je me dirai oui effectivement, il a raison, mais pour l'instant je me sens pas prêt tout simplement. Et j'y penserai, j'y penserai, j'y penserai, jusqu'au jour où je me dirai, là maintenant il va falloir que tu te motives, ça met du temps tout ça. Et jusqu'au jour où je vais dire, allez maintenant il faut. »

E3 : « Il faut comme tout, que ça vienne de soi-même. Si on veut faire les choses sérieusement, il faut que ça vienne de soi-même. A partir du moment où j'étais demandeur, ça peut que marcher. »

E3 : « Mais il m'aurait dit : « aller demain je te fais le dossier, tu vas au G », j'aurais pas emmené le dossier, il m'aurait demandé, et le dossier, j'aurais dit que j'avais oublié, ça n'aurait pas été vrai. »

E11 : « Quand on vous dit les choses, mais que vous n'avez pas le déclic vous-même, on peut vous en dire des choses. »

E11 : « Si vous n'avez pas l'envie, vous allez le faire une fois, pour faire plaisir à quelqu'un, deux fois, trois fois, et au bout de trois fois vous allez dire, bon, ben... moi ça m'amène rien, désolée, je vais pas te suivre. »

- **Prêter attention aux plaintes des patients**

Plusieurs patients racontent que leur médecin traitant ne répondait pas à leur plainte. Il est important de leur prêter attention, elles sont en effet le reflet d'une réelle gêne et donc une raison de les motiver à pratiquer une activité physique. De plus, cela diminue la confiance du patient envers son médecin et risque de casser une alliance thérapeutique.

E1 : « Ça lui passait au-dessus. »

E2 : « Ce que je reproche c'est que... comment dire ça, qu'elle ait attendu autant pour me faire soigner de l'obésité. Il a fallu que je me batte [...] elle a jamais rien proposé. Limite elle s'en fout quoi.

*Et qu'est-ce que vous auriez attendu d'elle alors ?* Qu'elle me soutienne et qu'elle me conseille plus tôt le... d'aller en cure ou... Elle a pas... à mon avis, pris en compte assez tôt mon obésité. »

E3 : « Et ça fait pas mal de temps que je lui parle de mon ventre « le ventre me gêne, je ne peux pas me baisser pour les pieds, pour s'habiller, pour tout enfin bref » il me dit « regarde, moi aussi

j'ai du ventre. » Mais moi j'en ai rien à foutre de lui, il fait 1 m 95, voyez ce que je veux dire ? Vous avez l'impression qu'il prend ça à la légère ? Oui à la légère, parce que pour lui c'est pas... »

### b - Adapter au patient

Le patient est au centre de la prise en charge. Il est nécessaire de le connaître pour rédiger une prescription qui lui correspond. Il va donc falloir établir un dialogue entre le médecin, expert dans son domaine et le patient expert de sa situation, et instaurer un climat de confiance mutuelle.

Pour cela, une patiente souligne l'importance de cette relation :

E11 : « Et là vous vous dites : « Oh, je suis pas jugée, et je suis pas pointée par une machine qu'il est sans arrêt en train de regarder ». Ça c'est l'horreur quand vous êtes dans une situation comme ça, que vous connaissez pas la personne et qu'il est face à son ordinateur et qu'il enregistre des données, voyez, il y a un lien avec la machine, il y a pas de lien avec vous. Donc déjà il a fallu prendre sur soi pour venir, et en plus le gars il vous regarde pas. »

- **Discours**

Les patients ont parfois des idées reçues, des convictions sur le sujet. Nous avons donc intérêt à les rechercher et à adapter notre discours pour éviter une réaction de défense qui pourrait être une impasse. De même les traits de caractère, les comorbidités, les démarches déjà entreprises sont à prendre en compte.

Ici on voit avec cette patiente que le médecin n'a pas proposé d'activité seule, puisqu'elle savait que la patiente n'allait pas adhérer. Ce qui aurait représenté une perte de temps, et peut être aussi une baisse de motivation de la patiente :

E10 : « Pourquoi vous pensez qu'elle vous a pas dit d'aller marcher toute seule, par exemple, ou d'aller...(silence) Parce qu'elle a bien du comprendre que ça marcherait pas... »

Dans cet autre exemple, la patiente relate une expérience, où elle n'avait pas apprécié que son médecin lui dise qu'elle ne bougeait pas assez, finalement elle s'est rendu compte qu'il avait raison, mais elle a trouvé l'approche un peu brusque :

E6 : « C'est-à-dire quand on dit à une femme qui travaille beaucoup déjà, qui fait onze ou douze heures par jour, de faire une activité sportive, on dit mais vous croyez que je me dépense pas assez à mon travail euh... c'est quand même un travail assez physique, du sport j'en fais, et en fin de compte, c'est pas pareil. »

Pour cette même patiente, le médecin généraliste a compris qu'il pouvait laisser la patiente autonome vu sa motivation, ce qu'elle a apprécié :

E6 : « Il a vu que j'étais dans l'envie d'avoir une activité physique donc il m'a laissé le choix de choisir l'activité physique à l'heure où je voulais la faire, comment je voulais la faire, l'essentiel c'était d'avoir envie pour lui. »

De même pour ce patient qui n'aime pas qu'on lui impose un rythme :

E5 : « Mais après, c'est des contraintes parce que, on te dit "il faut faire au moins une demi-heure parce que sinon..." » c'est pas évident...

Pour certains patients, il est impossible de pratiquer de manière autonome et le médecin devra être plus directif et prendre les décisions pour lui, comme pour cette patiente :

E9 : « Non pour le kiné c'est elle qui m'a dit, je vais vous marquer 30 séances de gymnastique deux fois par semaines, le temps que vous rentrez au G »

- **Objectifs**

Il faut savoir adapter les objectifs aux capacités du patient, même s'ils ne correspondent pas à ceux recommandés par l'OMS. Cela permet de valoriser et renforcer la motivation. Si les objectifs donnés au patient sont inappropriés, il se dégoûte, se retrouve dans l'échec, et cela risque encore une fois, de casser l'alliance thérapeutique.

On peut voir ici pour deux patientes que les objectifs donnés ne sont ni précis, ni suffisants au regard de l'OMS, mais ils sont accessibles. Cela permet, chez des patients qui n'ont pas pratiqué depuis longtemps et qui ont une expérience négative, de retrouver plaisir à pratiquer et cela renforce l'adhésion.

E7 : « Bah la fréquence c'est un peu tous les jours. Elle m'a dit il faudrait que je marche au moins tous les jours, ne serait-ce que dix minutes tous les jours. Pas une heure, une demi-heure, dix minutes ça te suffit. »

E9 : « Je marche un peu, le matin je vais au village et je reviens, déjà c'est pas mal, déjà il m'a dit c'est pas mal le kiné, déjà ça suffit déjà. »

- **Goût**

L'activité physique est une thérapeutique qui peut être contraignante (organisation, intensité). Si le patient ne prend pas de plaisir dans l'activité qu'on lui propose, il ne la continuera pas. Ici les médecins ont demandé aux patients ce qu'ils aimeraient faire et cette attitude leur paraît très adaptée.

E6 : « Il m'a laissé toute liberté de choisir le sport que je voulais faire, il m'a pas imposé un sport.

*Et ça, ça vous a plu ? A oui. »*

E7 : « Bah parce que moi déjà, bon elle m'a demandé ce que j'aimais faire, donc j'ai dit que bon marcher ça va, la piscine aussi j'aime bien, mais bon c'est vrai que ça fait un moment que j'y vais plus, il faudrait que j'y aille. »

E8 : « Elle m'a laissé libre, oui elle m'a laissée libre, elle m'a dit : qu'est ce qui pourrait en gros, qu'est ce qui pourrait vous motiver ? »

Par exemple aussi, certains patients n'apprécient pas d'être encadrés, ils préfèrent être indépendants.

E5 : « Le sport ça doit venir de soi-même quoi. Quand c'est surveillé c'est pas pareil. Enfin moi je sais pas, c'est l'effet que ça me fait. »

- **Organisation**

Connaître le mode de vie du patient, ses contraintes, permettra de lui proposer des activités compatibles avec son organisation et donc d'augmenter les chances d'adéquation.

E1 : « Le reste je fais pas, l'aquagym je fais pas parce que c'est loin de la maison. »

E6 : « C'est-à-dire aussi que les heures correspondent pas, les heures d'ouverture de salles correspondent pas à mes heures de travail. »

E8 : « Parce que c'est vrai qu'avec le bébé c'était pas forcément facile, il fallait qu'il y ait mon conjoint tout ça donc... qu'il rentre, je voulais pas le prendre avec moi, donc voilà. »

- **Choix de l'activité**

Après avoir recueilli toutes les informations sur le patient, on va pouvoir discuter avec lui du type d'activité, voici quelques exemples.

Deux patientes insistent sur le fait que certaines activités sont plus adaptées que d'autres à la reprise d'activité physique pour le patient obèse :

E8 : « Le vélo c'est vrai aussi parce que ça porte, c'est bien en fait comme euh, comme sport, donc c'est pas mal. Maintenant la piscine c'est vrai qu'il y a le fait de se mettre en plus en maillot, tout ça, qui freine un peu. [...] C'est un sport qui, qui porte et du coup ben, c'est vrai que c'est niveau ben justement des articulations, c'est mieux en fait, déjà pour perdre un peu de poids, puis c'est vrai que c'est un sport qui est intense quoi, qui est efficace pour perdre du poids. Voilà. »

E11 : « Après je pense qu'il y a des sports qui sont plus là pour aider que d'autres. [...] La marche nordique c'est très très bien. Parce qu'avec les bâtons déjà, on peut soulager les genoux. Soulager les hanches, soulager vos bras et vos épaules. Déjà, quand vous arrivez à soulager tout ça hé bien vous vous sentez bien mieux. Déjà c'est c'est énorme. La piscine c'est pareil. Mais ne serait-ce qu'aller dans l'eau, on se sent léger. Donc c'est important aussi. Donc voilà je pense qu'au début il y a quand même des sports qu'il faut essayer d'amener heu. Voilà. »

S'adapter aux convictions, exemple de ce patient qui ne voudra pas pratiquer avec un kiné mais qui préférerait que le médecin lui donne des consignes :

E4 : « Voilà, le kiné c'est bon pour les papis. [...] Voilà, même si par exemple ici on me montre des mouvements, après à la maison je pourrai le faire sur un tabouret. [...] Si le docteur il vient vous voir, il vous dit il faut faire dix fois ça, dix fois ça. Hé bien vous le faites. »

Certains n'aiment pas être encadrés :

E5 : « Bah moi j'ai l'impression d'être euh...d'être puni quoi. [...] J'ai été indépendant dans le travail et tout, ça me gêne un peu, j'aime pas... »

D'autres ne se sentent pas de pratiquer autrement qu'encadrés :

E2 : « Oui mais elle me proposait pas du sport adapté, elle me proposait du... *Et est-ce que vous pensez que le rôle du médecin traitant ce serait justement de pouvoir proposer ces choses-là ?* Tout à fait, de proposer du sport adapté avant que ce ne soit trop... que ça devienne à mon stade. »

### c - Accompagner le patient

- **Encourager**

Le patient a besoin d'être encouragé, valorisé dans ce qu'il a pu faire, même s'il n'a pas atteint ses objectifs. Ainsi, le patient n'a pas peur de revenir nous voir s'il n'a pas pu faire ce qu'on lui a demandé et cela évite de le perdre de vue. C'est ce que décrit cette patiente :

E8 : « Euh que, bah le fait de marcher c'est bien aussi. C'est bien donc c'est pas plus mal, tant que je reste régulière à marcher, bon bah si je vais plus faire du vélo c'est pas grave hein ! *Et ça pour vous c'est une attitude qui est bien pour vous ou bien vous aimeriez qu'elle soit un peu différente, qu'elle vous pousse à en faire plus par exemple ou...* Ah non non j'aime très bien comme ça. Franchement !! »

- **Disponibilité**

Les patients ont besoin de savoir qu'ils sont écoutés, soutenus et qu'ils peuvent se confier à leur médecin. Ainsi, si la prescription ne leur convient pas, elle pourra être adaptée sans perdre de temps.

E2 : « Parce que on est enfin entendu, on est reconnu comme... il y a un problème et on nous lâche pas sur le bas-côté. »

E3 : « Avec mon addictologue j'ai facilité à parler, je la vois tous les mois, on se connaît depuis longtemps, on se parle même de choses qui n'ont rien à voir, et donc je me livre un peu plus ou moins à elle. »

E6 : « Mais il faut que vous m'aidiez parce que toute seule j'y arriverais pas. J'ai essayé plusieurs fois, toute seule j'y arrive pas. »

E6 : « Oui si j'ai besoin j'ai qu'à lui demander. »

E11 : « Donc on en a reparlé, un jour on a fait une séance que là-dessus, c'est à dire, que on a détaillé un peu, ce que ça pourrait amener, ne serait-ce que de marcher vingt minutes, dix minutes tous les jours. »

- **Famille**

Une patiente souligne qu'il serait intéressant que l'entourage soit inclus dans la prise en charge. En effet, les proches ne comprennent pas toujours, sont dans une optique de perte de poids, avec « les yeux sur la balance ». La prise en charge doit leur être expliquée afin que le patient ait une autre béquille sur laquelle s'appuyer, en plus du médecin, et que cela évite toute remarque qui freinerait le patient.

E2 : « Parce que tout le monde a un petit problème et que l'entourage ne comprend pas forcément. Parce que c'est ce que je disais, il faudrait éduquer l'entourage aussi. »

#### d - Parler des autres effets bénéfiques que le poids

L'activité physique permet de perdre du poids, et pourtant les personnes obèses ne la pratiquent pas tous. Ils ont souvent besoin d'un déclic, qui leur fera prendre conscience de l'importance de cette prise en charge, et les motivera. Aussi, faire le lien avec certaines conséquences de l'obésité, où d'autres effets bénéfiques de l'activité physique, comme l'amélioration de la vie quotidienne peut être déterminant.

E2 : « Non mais j'ai eu un déclic d'un ami qui m'a dit : "tu devrais te remettre à la marche parce que tu te retrouveras sur un chariot". »

E5 : « Que plus je ferai du sport, et plus je... ça aurait un impact sur mon diabète c'est tout. »

E5 : « Il m'a dit : « si tu perdais dix, quinze kilos, il est évident que tu aurais pas la même vie, tu aurais pas les mêmes problèmes ».

E6 : « Parce qu'il a dit : « vous prenez des médicaments pour la tension, c'est très bien, mais à côté de ça, il faudrait compléter par une activité physique ».

E6 : « Dans un sens ça été un petit électrochoc, je me suis dit, peut-être moi, si je faisais du sport, si je faisais attention à mes artères, peut-être il m'arrivera pas la même chose un jour. [...] Il fallait à un moment ou un autre qu'il y ait quelque chose qui soit déclencheur pour que j'ai envie de faire du sport, que je m'attelle à faire du sport. »

E11 : « Pour le sommeil, parce que ça fait quand même longtemps que le sommeil me travaille. [...] Donc je me sentirais mieux, j'aurais une fatigue un peu plus physique, parce que j'avais une fatigue trop intellectuelle, et du coup, ça faisait trop des gros décalages. C'est ce qu'elle m'a expliqué. »

## IV) DISCUSSION

La personne obèse est ambivalente face à l'AP : elle sait que c'est le traitement de sa pathologie, mais cela représente pour elle de nombreuses contraintes. Les patients expriment le besoin que leur médecin généraliste les accompagne à chaque étape de leur démarche de changement de comportement vis-à-vis de l'activité physique. La prescription d'une APA n'est donc pas une simple prescription, mais s'inscrit dans une prise en charge multidimensionnelle centrée sur le patient et personnalisée.

### 1 – Synthèse des résultats et comparaison à la littérature

#### A – Définition de l'activité physique

Aucun des patients interrogés n'assimile l'activité physique au sport. Pour eux, c'est le mouvement corporel. Plusieurs patients ont répondu à la question : « Que représente l'activité physique pour vous ? » par : « Bouger ! ». Ils ont cependant chacun une définition différente de l'activité physique.

Pour certains, elle doit être une activité de plaisir, choisie, un moment privilégié pour eux de détente. Sont alors complètement exclues l'activité réalisée au travail, les tâches quotidiennes obligatoires. Pour d'autres, avoir un travail physique peut se substituer à l'activité physique : E5: « *Et avant la retraite vous faisiez les mêmes sports? Non mais j'avais un métier où je bougeais.* » Une patiente différencie complètement l'activité physique et le sport. Pour elle, le sport ce sont les activités de clubs : E10 : « *Pour moi sport c'est heu, la boxe, la course, heu, voilà, c'est, heu , ce sont des choses ensemble dans des clubs, voilà des choses comme ça.* »

Selon le rapport de 2017 de l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS)(17), voici les définitions de ces termes :

-L'activité physique comprend tous les mouvements corporels produits par la contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique au-dessus de la

dépense de repos. Elle inclut tous les mouvements de la vie quotidienne, y compris ceux effectués lors des activités de travail, de déplacements, domestiques ou de loisirs.

-L'activité sportive est un sous-ensemble de l'activité physique, spécialisée et organisée, consistant en une activité revêtant la forme d'exercices et/ou de compétitions, facilitées par les organisations sportives.

## B - Bénéfice de l'AP

Les patients sont sensibilisés à l'importance de l'AP sur leur santé. Même s'ils la pratiquent en premier lieu pour la perte de poids et l'amélioration cardio-vasculaire, ce qui les pousse à continuer c'est tout ce qui améliore leur qualité de vie : le sommeil, les douleurs, l'amélioration de l'estime de soi, le lien social.

### a - Le poids

Comme nous l'avons vu, la perte de poids est l'argument de départ à la pratique d'une activité physique. Cependant, comme le mentionnent certains patients, cela ne suffit pas à la perte de poids. Sans modification des habitudes alimentaires l'activité physique ne suffit pas. On retrouve ces résultats dans une revue de la littérature, qui montre que même dans les études d'une durée de deux ans ou plus, les interventions sur le régime alimentaire et l'exercice ont entraîné une perte de poids significativement plus importante que les interventions uniquement sur le régime alimentaire. (4)

### b – Le diabète

L'activité physique est le premier traitement mentionné pour le diabète. Viennent ensuite le régime alimentaire puis les traitements médicamenteux. (18) Dans notre étude deux patients étaient diabétiques. L'un avec des complications microangiopathiques dont un mal perforant plantaire, l'autre sans complication. Il n'y a que ce dernier qui a parlé d'activité physique comme moyen thérapeutique du diabète, ce qui peut paraître étonnant. Ceci peut s'expliquer. Dans une étude qui évalue les objectifs d'éducation des patients dans les réseaux d'éducation thérapeutique

diabétique la conclusion était celle-ci : « Alors que les rôles attribués à l'activité physique et la diététique sont équivalents dans la prise en charge du diabète, le poids qui leur est donné est inégal, on y parlerait deux fois plus de diététique. » (19)

### c – Cercle vertueux

Dans notre étude, les patients décrivent un cercle vertueux, l'activité physique leur permettrait également de réguler leur alimentation, d'une part en les occupant et d'autre part comme ils prennent soin de leur corps en pratiquant l'AP, ils souhaitent continuer sur l'alimentation pour ne pas perdre les bénéfices de leurs efforts.

Dans la littérature, les résultats que l'on retrouve sont discordants.

Dans une étude réalisée dans une population obèse en 2012, il est montré une amélioration de la qualité de vie, évaluée grâce à l'Échelle de Qualité de Vie Obésité Diététique (EQVOD), en fonction du stade de changement de comportement pour trois items : impact physique, impact psychosocial et vie sexuelle, mais pas sur le bien-être alimentaire ni le vécu des régimes. (20)

Dans une thèse réalisée en 2016 évaluant l'évolution de la qualité de vie (également par l'échelle EQVOD) lors d'un programme de prise en charge multidisciplinaire de l'obésité au départ et à six mois. Il y avait trois groupes dans cette étude : un groupe avec un objectif de prise en charge chirurgicale, un autre avec un objectif de prise en charge médicale, et un groupe témoin. On ne note pas entre le groupe non opératoire et le groupe témoin, d'amélioration de la qualité de vie globale, mais en revanche une amélioration importante du vécu du régime et du bien être alimentaire. (21)

## C - Impact du poids

### a - Isolement: social, géographique et financier

Les personnes obèses sont souvent isolés socialement, mais également géographiquement. L'étude ObEpi de 2012 indique que la prévalence de l'obésité reste inversement proportionnelle à la taille de l'agglomération. (1)

Ces patients ont donc moins facilement accès aux infrastructures sportives.

L'une des patientes interrogées faisait remarquer aussi que plusieurs des patients dans son groupe d'APA étaient en invalidité, à la retraite, ou chômeurs : ainsi leurs revenus ne leur permettaient pas de payer du matériel ou encore une inscription dans une salle de sport. On retrouve ces résultats dans l'étude ObEpi qui montre qu'il persiste un très net gradient social de l'obésité, même si les différences de prévalence entre les catégories socio-professionnelles n'ont pas subi d'évolution majeure, et qu'il existe un lien entre obésité et difficultés financières.(1)

Pour ce qui est de l'isolement géographique, une étude réalisée dans une ville d'Angleterre est un bon exemple de ces constatations : elle montre que les personnes dans les ménages à faible revenu, qui sont donc plus susceptibles d'adopter de faibles niveaux d'activité, sont les moins bien servies par des installations abordables qui leur permettraient de devenir plus actives.(22)

### b – Estime de soi

Les freins à la pratique de l'activité physique pour les personnes obèses sont représentés en partie par les conséquences psychologiques qui en découlent. D'une part par le regard des autres sur eux, mais également le jugement qu'ils auront d'eux-mêmes.

Le regard de la société sur les personnes obèses a évolué dans le temps et est différent en fonction des cultures. Aujourd'hui dans notre société occidentale, le patient obèse souffre de stigmatisation à plusieurs niveaux. L'obésité est vue d'abord comme un problème moral. C'est un sujet qui mange plus que sa part, qui « ne se contrôle pas », une personne « asociale incapable de maîtriser son appétit ». Ensuite l'obésité peut être associée au bas niveau socio-économique, et enfin, cela ne rentre pas dans les normes de beauté actuelles. La stigmatisation devient un véritable cercle vicieux, lorsque la victime accepte et considère comme normaux, les traitements discriminatoires qu'elle subit et les préjudices dont elle est victime. S'engage alors une dépréciation personnelle qui débouche sur une altération de l'image de soi. (23)

L'APA permet en s'adaptant aux patients, d'augmenter l'estime de soi et donc de casser ce cercle vicieux.

### c – Motivation

Dans notre étude, le manque de motivation global des patients est la conséquence d'un cercle vicieux. Ils ont envie de pratiquer une AP pour perdre du poids, mais celle-ci engendre beaucoup

de craintes et de conséquences négatives lors de la pratique. Si les individus ne pratiquent pas, ils ne perdent pas de poids ou en prennent, et ces craintes et conséquences sont d'autant plus importantes.

Une étude d'avril 2018 réalisée en Belgique apporte de nouveaux éléments sur l'impact du poids. On y a cherché à identifier les déterminants sociocognitifs de l'activité physique spécifiques aux individus en excès de poids comparativement aux individus de poids normal. Trois cent soixante-quatre personnes ont répondu à l'enquête via des questionnaires en ligne. Les individus en excès de poids semblent présenter des difficultés dans les processus sociocognitifs de l'adoption de comportements actifs comparativement aux individus à poids normal. Les sujets obèses montrent un degré de motivation inférieur, les résultats sur les stades de changement de comportement (stade de changement de Prochaska et Diclemente disponible en Annexe) montrent qu'on a une proportion quasiment équivalente d'individus à poids normal et en excès de poids dans les stades de contemplation et de préparation, mais une proportion beaucoup plus importante d'individus de poids normal dans les stades d'action et de maintien. Il semble que les patients obèses sont significativement plus guidés par des éléments externes et qu'il serait intéressant pour améliorer ces paramètres, de cibler leurs croyances. (24)

## D – APA

Le décret du 30 décembre 2016 précise la définition de l'activité physique adaptée comme « la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires ».

### a – Objectifs adaptés

L'objectif de l'activité physique adaptée dans le cadre de l'obésité, est que les patients trouvent une motivation à long terme à pratiquer une AP.

Plusieurs études montrent que démarrer avec une activité physique adaptée à ses capacités, la supervision d'un instructeur de conditionnement physique expérimenté, et un exercice agréable

peuvent améliorer l'adoption et l'adhésion aux programmes d'exercices prescrits. Cela permet également de limiter le risque de blessures et donc d'échec de la prise en charge. (25)

Les programmes d'APA ont un impact positif sur l'estime globale de soi (EGS) et les perceptions du soi physique. Ceci est retrouvé dans une étude réalisée dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. Ces sujets très âgés et engagés dans un processus de perte d'autonomie, exprimaient une augmentation de l'EGS et se réengageaient dans des comportements actifs physiquement, point de départ de l'inversion du processus de déconditionnement. (26)

On peut alors comprendre qu'il en est de même pour les sujets obèses, dont certains sont aussi en perte d'autonomie.

### b - Groupes

Comme nous l'avons vu, le groupe a le plus souvent, une influence très positive sur les patients. Certains patients disent même qu'ils y vont plus pour le groupe que pour la perte de poids.

Un petit bémol est mis plusieurs fois sur la composition de ces groupes. Les patients souhaitent pratiquer avec des personnes qui ont un objectif commun, mais ont peur que la création de groupes homogènes avec des personnes ayant toutes la même pathologie puisse devenir stigmatisant : E11 : « Alors il ne faut pas tomber dans le cliché inverse, parce que j'ai rencontré une association à l'hôpital que j'ai pas du tout aimée, j'ai pas du tout adhéré, justement, où euh.. c'est un monsieur qui a monté cette association et qui veut faire que euh... genre les gros ensemble, c'est pas bon non plus quoi. »

De même, pour des personnes qui exercent pour perdre du poids, mais pour qui leur obésité n'est pas un frein à la pratique avec des groupes classiques : E8 : « *Maintenant il existe des groupes aussi, qui sont, par exemple il n'y aurait que des personnes qui ont un surpoids ou une obésité, ou euh...* Non, ça non, quand même non. Non, bah c'est pas ça, ça me plairait pas non, non c'est que, non je pense que ça vient pas de là le problème »

Dans une thèse sur les freins et leviers de la prescription d'APA par les médecins généralistes, un médecin exprime qu'il trouve plus logique que chaque patient puisse choisir une activité en fonction de ses capacités, plutôt que les groupes soient formés par pathologie. D'une part car même si les patients ont la même pathologie, cela ne veut pas dire qu'ils ont les mêmes capacités pour une activité, et d'autre part car cela fait un peu « ségrégation » pour les patients. (16)

La médicalisation de l'obésité provoque elle aussi un sentiment de ségrégation pour les personnes obèses. (23) Tout cela concorde à dire qu'il vaut mieux réaliser des groupes en fonction des capacités des patients, et non de leurs pathologies.

#### c – Vers une activité autonome

L'APA est vue comme un moyen pour démarrer ou reprendre une activité physique. En effet, en reprenant de manière adaptée, cela permet de reprendre confiance en soi, de trouver plaisir à pratiquer et ainsi de pouvoir continuer seul ou avec de nouveaux groupes par la suite. C'est ce qu'expriment les patients, qui sont conscients qu'il faut laisser sa place aux autres et qui se sentent capables, après remise en confiance, de pratiquer seuls.

Le concept d'APA est assez récent en France. Les études ont porté sur l'évaluation des programmes d'APA en structures de soins, mais il n'a pas été trouvé d'étude évaluant la pratique d'AP à la sortie de ces programmes, probablement parce que nous n'avons pas encore assez de recul.

#### d – Accès limité

Plusieurs patients soulignent le problème de la prise en charge financière. Ils ne sont pas contre une participation financière, qu'ils trouvent normale. Certains d'entre-eux n'ont pas les moyens de financer les cours entièrement. La sécurité sociale ne rembourse pour le moment que peu d'APA en libéral : dans le cadre des séances de kinésithérapie.

Ceci est évidemment une des raisons pour laquelle les patients ne pratiquent pas. Certaines villes de France ont élaboré des programmes, pour lesquels elles ont trouvé des financements, et qui ont de très bons résultats en termes de participation. (27)

L'accès est également limité par l'offre sur le territoire, et la difficulté d'accéder aux structures lorsque les personnes habitent à la campagne. Certaines associations proposant de l'APA se déplacent à domicile, mais les coûts sont trop élevés pour les patients.

Dans notre étude plusieurs patients ne pratiquent pas d'AP à cause du coût, et une patiente à cause de l'absence d'offre près de chez elle.

## e – Motivation

Le problème de la motivation reste le même que pour l'AP classique. Même en ayant pratiqué l'APA et en validant ses effets, une des patientes ne continue pas de pratiquer par manque de motivation. C'est ce que décrivaient certains patients : « Tant que la motivation n'est pas là, on peut m'en dire des choses ...».

Des études prouvent l'effet bénéfique de l'APA à court terme, mais l'impact de la pratique de l'APA sur la motivation à long terme n'est pas évalué, probablement parce que ce concept est assez récent.

## E - Rôle du médecin généraliste

### a - Recommandations officielles / prescription

Dans notre étude, les patients ont très peu parlé des recommandations comme prescription médicale de la part de leur médecin.

L'OMS recommande pour les adultes âgés de 18 à 64 ans de pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue. Ces recommandations s'adressent aux adultes en bonne santé de cette classe d'âge. Pour les adultes sédentaires ou les adultes auxquels la maladie impose des restrictions, les bénéfices sur le plan de la santé sont encore plus grands s'ils passent de la « sédentarité » à un « certain niveau » d'activité. Les personnes qui ne suivent pas actuellement les recommandations sur l'activité physique devraient chercher à accroître la durée, la fréquence et, enfin, l'intensité de leur activité en vue d'appliquer ultérieurement les lignes directrices recommandées. (6)

Les personnes souffrant d'obésité ne peuvent pas juste suivre les recommandations de l'OMS, qui sont, comme le montre une étude, adaptées à la prévention des pathologies chroniques en général, mais pas spécifiquement à la question de la prise en charge du surpoids et de l'obésité.

Dans une étude, il est expliqué qu'avec l'objectif de ne pas prendre de poids, il faudrait augmenter à 60 à 90 minutes d'intensité modérée par jour. (28)

Or les personnes obèses qui sont en demande de prescription d'AP seront souvent des personnes déconditionnées à l'effort, c'est-à-dire, qu'elles n'en auront probablement pas pratiqué depuis longtemps. Une évaluation initiale médicale est d'abord nécessaire. Ensuite, il faudra les reconconditionner à l'effort.

Comme le montre une étude, en plus de faire de l'exercice régulièrement, il y a des avantages pour la santé à réduire simultanément le temps total consacré à des activités sédentaires et à alterner de courtes périodes debout avec activité physique entre les périodes sédentaires, même chez les adultes physiquement actifs. (25)

L'attitude des médecins qui ont prescrit de l'APA dans notre étude, est adaptée. Ils ont préféré ne pas forcément suivre les recommandations mais privilégier une activité minimale, un objectif réalisable par leur patient.

Un tout récent rapport rédigé par l'IGAS et l'IGJS en mars 2018 évalue les actions entreprises jusqu'alors, afin d'améliorer la prise en charge. Il avait pour but d'évaluer les actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé. Ce rapport rend compte du caractère dispersé et hétérogène des initiatives locales avec un suivi national insuffisant ce qui rend difficile un état des lieux exhaustif. Les freins relevés au développement de cette thérapeutique médicamenteuse sont d'une part le manque d'appropriation par les médecins de l'APA puisqu'ils en sont peu informés. Ensuite il manque une évaluation scientifique de l'APS comme thérapeutique non médicamenteuse, des études opérationnelles pour la mise en œuvre des recommandations scientifiques, et des évaluations des coûts et efficacité en matière de compte sociaux.

Le rapport préconise aussi la création d'un site internet national « sport santé » recensant l'offre d'APS, ce qui faciliterait la prescription des médecins, et une meilleure formation des intervenants et des médecins. Le gouvernement souhaite mettre en place des maisons « sport santé » qui permettraient l'orientation du public vers une activité adaptée à partir d'une évaluation médico-sportive et motivationnelle préalable. (29)

### b – Impact de la parole du médecin

Nos patients estiment que c'est le rôle du médecin généraliste de leur parler d'activité physique, puisque cela rentre dans la prise en charge thérapeutique de leur maladie et dans la prévention. Certains patients trouvent que la parole de leur médecin aura plus d'impact que quelqu'un de leur famille. C'est ce qu'on retrouve dans cette étude européenne réalisée en 2012 sur le point de vue des patients sur la prévention concernant la nutrition et l'activité physique : 52 % des patients interrogés déclarent qu'ils aimeraient avoir des conseils de leur médecin généraliste pour la pratique d'activité physique. (30)

### c - Prise en compte des plaintes des patients

Deux patients ont relevé que le médecin ne prêtait pas attention à leur plainte concernant le poids. Il s'est avéré que ces deux médecins étaient eux-mêmes en situation de surpoids ou obésité. Une étude réalisée dans le sud de la France confirme cette constatation : elle montre que les médecins en surpoids ou obèses favorisent la prise en charge psycho-comportementale plutôt que l'activité physique. (31)

Les patients ont l'impression que le médecin traitant ne répond pas assez à leurs attentes concernant leur demande d'aide à la pratique d'AP. Dans cette étude, les patients ont souvent répondu à la question : « Votre médecin généraliste vous a-t-il parlé d'AP ? », par « Je ne sais plus », « Sûrement »... On peut donc penser que les médecins, après avoir abordé le sujet de l'AP, se découragent devant un manque de motivation initiale de leur patient. Et cela influence toute leur prise en charge par la suite, les patients ont alors le sentiment que leur médecin ne s'implique pas sur ce terrain.

Les médecins généralistes ne croient pas toujours en leur patients, c'est ce qui est montré dans une étude réalisée dans le Languedoc-Roussillon, à laquelle 607 médecins ont répondu : 66 % pensent que seulement un faible pourcentage de patients peut perdre du poids et le maintenir bas. (32) Ce qui peut expliquer qu'ils ne s'impliquent pas autant que les patients l'aimeraient.

Dans cette même étude, les médecins disent qu'ils ne se sentent pas aptes : 42 % des médecins généralistes pensent qu'ils ne sont pas préparés à traiter l'obésité, 50 % que ce n'est pas enrichissant professionnellement.

#### d - Implication de la famille

Une patiente a suggéré qu'il serait intéressant que la famille soit impliquée dans la prise en charge. Ceci est également exprimé par des adolescents obèses, dans un travail doctoral portant sur l'étude des déterminants psychosociaux de l'AP des personnes obèses : « Les résultats indiquent que les participants ayant réussi à perdre du poids semblaient bénéficier d'un plus grand soutien de la part de la famille, et manifestaient une plus grande motivation autodéterminée à maintenir leurs comportements de santé. » (33)

L'opinion des médecins généralistes apparaît différente comme le montre une étude réalisée dans le Languedoc-Roussillon, dans laquelle 50 % des médecins généralistes interrogés pensent que ce n'est pas important. (32)

#### e – Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est une méthode de communication, semi-directive et centrée sur la personne, qui vise l'augmentation de la motivation (intrinsèque) au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence. (34)

Si l'on fait une synthèse des résultats concernant le rôle du médecin généraliste selon les patients, toutes les étapes peuvent concorder avec un entretien motivationnel. Au départ la demande répond à une ambivalence du patient face à l'activité physique. Le patient sait qu'il est important pour lui de pratiquer, il en connaît les bienfaits. Cependant il ne passe pas le pas du changement de mode de vie car il redoute quelques effets négatifs : la douleur, l'essoufflement, l'échec ... Le rôle du médecin généraliste est donc d'informer le patient, de l'écouter avec empathie, de le guider et l'accompagner dans sa démarche.

Pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faut tenir compte du stade où elle se trouve (le cycle de Prochaska décrit ces étapes d'un changement de comportement). À chaque étape correspondent des modes d'intervention adaptés.

Malgré des données de niveau de preuve encore insuffisants, les entretiens motivationnels apparaissent utiles pour la prévention des facteurs modifiables et/ou prédisposant du risque cardiovasculaire. Ils permettent d'augmenter l'activité physique journalière et améliorent le partenariat entre le médecin et son patient. (35)

Une thèse réalisée en 2011 interrogeant des adolescents obèses qui participent à un programme de gestion du poids, va dans ce sens. Il y est montré que les adolescents qui ont bénéficié, en plus de ce programme, de six entretiens motivationnels, augmentent leur activité physique et leur motivation. (33)

## **2 - Forces et limites de l'étude**

### **A – Forces de l'étude**

L'objectif de l'étude était de comprendre le vécu des personnes obèses concernant la pratique d'une APA. La question de recherche a permis d'y répondre.

Cette étude est la première qui s'intéresse au vécu des patients obèses autour de l'APA, de la prescription à la pratique.

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés s'est révélée être la méthode la plus adaptée pour comprendre le vécu des patients. Les entretiens individuels ont permis une expression complètement libre des patients, sans crainte de jugement extérieur. Les patients pouvaient par exemple parler d'expériences personnelles dont ils n'auraient pas toujours osé parler au sein d'un groupe. Cela permettait également de pouvoir chercher dans la profondeur ce que le patient voulait vraiment exprimer. (36)

L'échantillon constitué est multicentrique et diversifié sur le sexe, l'âge, le milieu social.

L'analyse thématique longitudinale a permis une analyse précise, sans omettre d'informations.

La triangulation des chercheurs pour tous les entretiens renforce la validité interne de l'étude.

Sur le plan éthique, les patients étaient informés de l'enregistrement, un accord oral et écrit a été obtenu pour tous les patients.

Les participants ne semblent pas avoir été troublés par l'enregistrement. Il leur était précisé au début qu'il n'y avait pas de bonnes ou mauvaises réponses afin de les mettre à l'aise.

## B – Limites de l'étude

### a - Recrutement

Les patients interrogés étaient des patients motivés par la prise en charge de l'obésité, leur vision sur l'activité physique adaptée peut donc en être influencée.

### b - Recueil d'informations

Les entretiens ont été réalisés dans des lieux différents. Le plus souvent au domicile du patient mais un entretien s'est effectué par téléphone, ce qui empêche d'interpréter la communication non verbale et crée une distance entre le patient et le chercheur.

Les patients étaient interrogés parfois sur des faits anciens (comment le médecin généraliste a abordé le sujet de l'activité physique par exemple). Il peut donc y avoir ici un biais de mémorisation, les patients eux-mêmes précisaient qu'ils ne se rappelaient pas bien.

## **3 - Perspectives**

Les résultats de cette étude sont encourageants.

L'important dans la prescription d'APA est que le médecin généraliste puisse guider et accompagner le patient. La démarche faite pour réaliser cette prescription correspond à celle de l'entretien motivationnel. Celui-ci ayant montré son efficacité dans d'autres domaines comme la prise en charge des addictions par exemple, il est maintenant enseigné dans de nombreuses facultés. A Montpellier-Nîmes par exemple c'est au programme des cours des internes de médecine générale, et des formations médicales continues.

Ainsi il nous reste à intégrer cette démarche dans nos pratiques. La prescription d'APA devrait faire l'objet d'une consultation dédiée. Un entretien motivationnel prend du temps il faudra donc prévoir soit une consultation plus longue, soit de pouvoir revoir le patient régulièrement.

Le problème qui va se poser, est de savoir à qui adresser les patients pour les aider dans cette pratique. De nombreuses associations proposent de l'APA, encadrée par un éducateur en APA, un recensement de celles-ci permettrait de faciliter la prescription d'APA par les médecins généralistes.

## V) CONCLUSION

Les personnes obèses sont conscientes que l'activité physique est un traitement à part entière de l'obésité et qu'elle s'associe à la régularisation de l'alimentation.

Cependant leur handicap rend la pratique plus difficile sur plusieurs aspects. Tout d'abord psychique, ce sont des sujets fragilisés qui subissent à cause de leur différence de nombreux jugements puisqu'ils ne rentrent pas dans les normes de beauté actuelles. Et d'autre part physique, leur poids les limite dans beaucoup d'activités et engendre une grande souffrance. Ayant souvent arrêté l'activité physique depuis longtemps, la reprise leur fait peur et notamment le risque d'accident et la difficulté à y faire face. Tout cela réduit leur motivation.

L'activité physique adaptée apparaît alors comme une solution à cette ambivalence, et permet de casser le cercle vicieux. Les patients se sentent en confiance grâce à l'encadrant, qui connaît leurs pathologies. Ils peuvent atteindre les objectifs fixés en fonction de leurs capacités, ce qui permet de reprendre confiance en soi. De plus, le groupe ayant un objectif commun, thérapeutique et non de performance, il n'y a pas de jugement. Cela leur permet donc de reprendre dans des conditions favorables, sereinement, sans risque de blessure, et de retrouver le goût et la motivation de pratiquer.

Les patients se sont exprimés sur la prescription d'APA faite par leur médecin généraliste. Ils ont l'impression qu'ils n'ont pas été assez informés par celui-ci et qu'une partie des médecins ne portait pas une grande importance à cette prescription. Il semble important pour les patients qu'une relation de confiance soit créée avec leur médecin généraliste, afin de pouvoir s'exprimer librement, et que la prescription soit adaptée, personnalisée, réalisable et suivie. Le patient a besoin de se sentir accompagné à chaque stade de changement de son comportement vis-à-vis de l'activité physique.

L'expérience des patients nous permet de mieux les comprendre et les guider. Nous connaissons maintenant l'impact psychique et physique de leur poids sur l'AP. Cela informe le médecin des difficultés que pourraient rencontrer les patients à qui il prescrit une AP. Ainsi il pourra prévenir

les patients de ces risques et éviter des échecs et baisse de motivation. Pouvoir montrer au patient que l'on connaît ses difficultés peut renforcer le climat de confiance. Il se sera probablement déjà heurté à ces difficultés et se sentira compris par son médecin. Ces connaissances pourraient nous aider à prescrire l'APA, notamment dans le cadre du récent décret.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. ObEpi-Roche, enquête épidémiologique de référence sur l'évolution de l'obésité et du surpoids en France [Internet]. 2012 [cité 9 févr 2017]. Disponible sur: <https://sftp.rch.cm/france/fr/03-10-12/index.html?module1&module2&module3&module4&module5&module6>
2. Basdevant A, Guy-grand B. Médecine de l'obésité. Flammarion. Lavoisier msp; 2009. 431 p.
3. Organisation mondiale de la santé. Global health risk : mortality and burden of disease attributable to selected major risks [Internet]. 2009 [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf)
4. Wu T, Gao X, Chen M, van Dam RM. Long-term effectiveness of diet-plus-exercise interventions vs. diet-only interventions for weight loss: a meta-analysis. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes.* mai 2009;10(3):313-23.
5. Lecoultre V VG. Activités physiques adaptées au patient obèse : quelles évaluations pour quelle prescription ? *Revue Médicale Suisse.* 2015;11:709-14.
6. Organisation Mondiale de la santé. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé [Internet]. 2010 [cité 6 mars 2018]. Disponible sur: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978\\_fre.pdf;jsessionid=0DEC92FBA499E09398AC7E3A8F2B184C?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978_fre.pdf;jsessionid=0DEC92FBA499E09398AC7E3A8F2B184C?sequence=1)
7. ANSES. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité [Internet]. 2016 [cité 6 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/plus-d%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-moins-de-s%C3%A9dentarit%C3%A9-pour-une-meilleure-sant%C3%A9>
8. PNNS | Manger Bouger [Internet]. [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/PNNS>
9. Didelot A. Promotion de l'activité physique à des fins de santé : intérêt du dispositif spécifique d'aide à la pratique SAPHYR Lorraine. [Thèse d'exercice]. [Lorraine]: Faculté de Nancy; 2013.
10. Moullec G, Ninot G, Varray A, Desplan J, Hayot M, Prefaut C. An innovative maintenance follow-up program after a first inpatient pulmonary rehabilitation. *Respir Med.* avr 2008;102(4):556-66.
11. Slentz CA, Aiken LB, Houmard JA, Bales CW, Johnson JL, Tanner CJ, et al. Inactivity, exercise, and visceral fat. STRRIDE: a randomized, controlled study of exercise intensity and amount. *J Appl Physiol Bethesda Md* 1985. oct 2005;99(4):1613-8.
12. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. 2011 [cité 5 mars 2018]. Disponible sur:

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement\\_de\\_la\\_prescription\\_de\\_therapeutiques\\_non\\_medicamenteuses\\_fiche\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_fiche_synthese.pdf)

13. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
14. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée | Legifrance [Internet]. [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/30/2016-1990/jo/texte>
15. FELLAGUE CHEBRA A. Médecine générale et activité physique : quels sont les besoins à la prescription? [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: Montpellier 1; 2016.
16. Vonarx François-Xavier. « Sport sur ordonnance » : freins et leviers à son application sur la communauté urbaine d'Arras [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Lille 2; 2017.
17. ONAPS. Etat des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France. [Internet]. 2017. Disponible sur: [http://www.onaps.fr/data/documents/Onaps\\_TAB2017.pdf](http://www.onaps.fr/data/documents/Onaps_TAB2017.pdf)
18. Université Médicale Virtuelle Francophone. Collège des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et maladies Métaboliques [Internet]. Elsevier Masson. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/endocrinologie/poly-endocrinologie.pdf>
19. Perrin C, Champely S, Chantelat P, Berton BS, Mollet E, Tabard N, et al. Activité physique adaptée et éducation du patient dans les Réseaux Diabète français. Santé publique. 2008;20(3):213-23.
20. Romain AJ, Bernard P, Attalin V, Gernigon C, Ninot G, Avignon A. Health-related quality of life and stages of behavioural change for exercise in overweight/obese individuals. Diabetes Metab. oct 2012;38(4):352-8.
21. Martin D. Étude prospective contrôlée de l'évolution de la qualité de vie des patients atteint d'obésité maladie au sein du parcours médical ou chirurgical du groupe d'étude recherche obésité maladie du centre hospitalier Métropole de Savoie [Thèse d'exercice]. [Grenoble]; 2016.
22. Panter J, Jones A, Hillsdon M. Equity of access to physical activity facilities in an English city. Prev Med. avr 2008;46(4):303-7.
23. Institut national de la santé et de la recherche. Ch5 Dimensions sociales de l'obésité. In: Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant. Institut national de la santé et de la recherche médicale; 2000. (Expertise collective).
24. Wynants J, Etienne A, Ruffault A. Comparaison des déterminants psychologiques dans l'adoption de comportements actifs chez les personnes en excès de poids et les personnes de poids normal. avr 2018;
25. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee I-M, et al. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory,

- musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc.* juill 2011;43(7):1334-59.
26. Riou F. Relations entre les perceptions de soi, la motivation d'accomplissement et la pratique d'activité physique des personnes âgées. Université Montpellier 1; 2014.
  27. ONAPS. Sport santé sur ordonnance contexte et exemple de mise en oeuvre [Internet]. Octobre 2017; Disponible sur:  
[http://www.onaps.fr/data/documents/Onaps\\_PRN2SBE\\_Sport-sur-ordonnance.pdf](http://www.onaps.fr/data/documents/Onaps_PRN2SBE_Sport-sur-ordonnance.pdf)
  28. Saris WHM, Blair SN, van Baak MA, Eaton SB, Davies PSW, Di Pietro L, et al. How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes.* mai 2003;4(2):101-14.
  29. Dupays S, Kiour A, Bourdais F, De Vincenzy JP. Evaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé. Paris : IGAS; 2018 mars p. 121.
  30. Brotons C, Drenthen AJM, Durrer D, Moral I, European Network on Prevention and Health Promotion (EUROPREV). Beliefs and attitudes to lifestyle, nutrition and physical activity: the views of patients in Europe. *Fam Pract.* avr 2012;29 Suppl 1:i49-55.
  31. Attalin V, Romain A-J, Avignon A. Physical-activity prescription for obesity management in primary care: attitudes and practices of GPs in a southern French city. *Diabetes Metab.* juin 2012;38(3):243-9.
  32. Thuan J-F, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes* 2005. sept 2005;29(9):1100-6.
  33. Gourlan M. Motivation des adolescents obèses pour l'activité physique. Les apports de la théorie de l'autodétermination et de l'entretien motivationnel [Thèse]. Grenoble; 2011.
  34. Miller S. L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement. InterEditions. Paris; 2013.
  35. Bistmuth M, Escourrou B, Poutrain J-C, Boyer P, Cazes L, Oustric S. Prévention du risque cardiovasculaire. Entretien motivationnel en médecine générale. Une revue de la littérature. *Médecine.* mai 2011;7(5):234-9.
  36. PAILLE P, MUCCHIELLI A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin. Paris; 2016. 430 p.



## **Annexe 1 : Fiche explicative remise aux patients**

**Thèse médecine générale : « Vécu des patients obèses lors de l'activité physique »**

FACULTÉ  
de  
MÉDECINE  
Montpellier - Nîmes



Madame, Monsieur,

Je réalise actuellement une thèse dans le cadre de la fin de mes études de médecine générale. Cette thèse a pour but de recueillir l'expérience de patients souffrant d'obésité, sur la pratique d'activité physique afin de faciliter la prescription de celle-ci en médecine générale.

En effet, depuis janvier 2016, les médecins généralistes peuvent prescrire de l'activité physique adaptée et encadrée par un éducateur spécialisé pour les patients souffrant de pathologie chronique, l'obésité en fait parti.

Le sujet m'a donc interpellée, l'activité physique étant une des clé thérapeutique dans cette pathologie.

Pour recueillir des données, j'ai besoin d'interroger directement des patients qui pratiquent ou ont pratiqué une activité physique et qui ont déjà entendu parlé d'activité physique adaptée encadrée.

Cela se passe lors d'un entretien individuel, pendant lequel nous discutons autour de 4 questions. L'entretien dure en moyenne une demi heure. L'entretien est enregistré et retranscrit par écrit. Toutes les données sont anonymisées et utilisées uniquement pour la thèse.

Merci pour votre participation,

Elise BECU

Thèse pour l'exercice de la médecine de Mlle Elise BECU, interne en médecine générale à la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes.

Directeur de thèse : Docteur David Costa, maître de Conférences des Universités de Médecine Générale à la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes, médecin généraliste à Nîmes.

## Annexe 2 : Exemple de grille d'analyse thématique

Entretien 10  
Activité physique

Rubrique	Thème	Sous thème	Verbatim
définition	bouger	Promener chien, ménage,	1, 2
	Diff de sport		43
ressenti	Dur	effort	3
		Dur au démarrage	45, 46
bénéfice	global	Me sens bien	4
		Bien être	10
	santé	Élimine toxine	11
		Sommeil : fatiguée quand j'en fais pas	15
		douleur	32
	social	Famille : encouragement, rassurée	31, 37
	moral	satisfaction	47

Boule de neige : moins mal : meilleure volonté : 33, 34

Médecin généraliste

Rubrique	Thème	Sous thème	Verbatim
En a parlé	oui		39
	Par le poids		40
Discours adapté			41
Bien compris que c'était pas mon truc			42
Pas d'effet d'en parler plus car pas de motivation individuelle			44

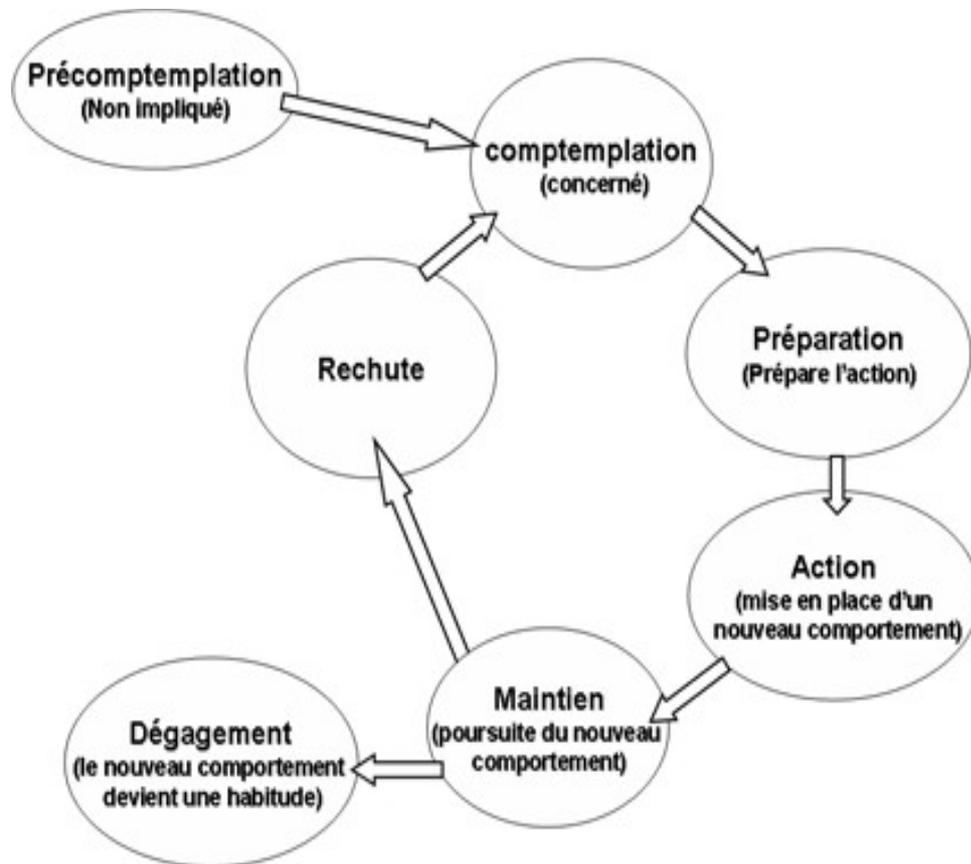
### Pas Activité physique

Rubrique	Thème	Sous thème	Verbatim
frein	motivation		5,6
	Anticipation de la douleur		7
	Seul, faire attendre les gens		8, 19, 52
	Motivation seule		12
	Douleur : articulaire		14, 56
	jugement	Physique : salle	23
	pécunier	salle	24
		Je veux bien payer un peu	25
	organisation	distance	26
	peur	d'aller trop loin, avoir un problème	28, 30, 38
culpabilité			36

### APA

Rubrique	Thème	Sous thème	Verbatim
groupe	Homogène de capacité	Pas stigmatisée	9, 20, 50
	Motivation : ambiance		13, 21
	Motivation:encourage		27
	social	Rencontres nouvelles	35
activité	Vélo/piscine		16, 17, 45
Engagement, temps apparti			18, 45
professeur	rassurant	surveillance	22
		Si problème	29
		Cadre hospit	55
	Découverte/nature		48,
	ludique		49
	Consignes adapté a chacun		51
accessible			53
Je vais tenté c'est dans l'hospit			55

## Annexe 3 : Stade de Changement de comportement de Prochaska et Diclemente



## *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'Être 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 :** L'activité physique est l'un des piliers du traitement de l'obésité, cependant les recommandations la concernant sont difficiles à suivre pour ces patients. L'activité physique adaptée (APA) pourrait aider à remédier à ce fléau. Étudier le vécu des patients permettrait d'améliorer sa prescription. L'objectif de l'étude était de comprendre le vécu des personnes obèses concernant la pratique d'une APA.

**Méthode :** Étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels auprès de patients obèses ayant déjà pratiqué de l'APA, recrutés en milieu hospitalier et ambulatoire. Le nombre d'entretiens a été déterminé par la saturation des données. Une analyse thématique a été réalisée, avec une triangulation des chercheurs.

**Résultats :** Onze patients ont été inclus. Les patients étaient conscients de l'importance de l'activité physique dans la prise en charge de leur maladie, mais ne pratiquaient pas suffisamment. L'activité physique adaptée pourrait résoudre cette ambivalence : augmentation d'estime de soi, perte de poids, liens sociaux provoquaient un cercle vertueux. Les patients auraient souhaité plus d'informations sur les possibilités d'APA. Il semblait important que le médecin généraliste accompagne son patient à chaque étape de son désir de changement de comportement.

**Conclusion :** Les patients ont pensé que l'APA avait un intérêt dans la prise en charge thérapeutique de l'obésité et ils aimeraient être plus soutenus dans cette démarche par leur médecin généraliste. Augmenter l'offre d'APA en ambulatoire permettrait de faciliter sa prescription.

**Mots clés :** Obésité, activité physique adaptée, prescription, médecine générale.