



**HAL**  
open science

# Le vécu du patient participant à une activité physique adaptée

Charlotte Brun

► **To cite this version:**

Charlotte Brun. Le vécu du patient participant à une activité physique adaptée. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02961220

**HAL Id: dumas-02961220**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02961220>**

Submitted on 8 Oct 2020

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

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

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS  
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

ANNEE 2020

---

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE  
pour le diplôme d'état de  
Docteur en médecine générale

**LE VECU DU PATIENT PARTICIPANT A UNE ACTIVITE  
PHYSIQUE ADAPTEE**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice  
Le 11 Juin 2020

Par BRUN Charlotte  
Née le 03/05/1992 à Cannes

Membres du Jury:

Monsieur le Professeur GUERIN Olivier  
Monsieur le Professeur ROUX Christian  
Monsieur le Professeur GARDON Gilles  
Monsieur le Docteur GASPERINI Fabrice

Président  
Assesseur  
Assesseur  
Directeur

**Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice**

**Doyen**

**Pr. BAQUÉ Patrick**

**Vice-doyens**

**Pédagogie  
Recherche  
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique  
Pr DELLAMONICA jean  
M. JOUAN Robin**

**Chargé de mission projet Campus**

**Pr. PAQUIS Philippe**

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick  
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

**Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice**

**PROFESSEURS PREMIERE CLASSE**

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence ( 48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSÉ Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie ( 45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale ( 52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie ( 49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

**Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice**

**MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS**

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)
Mme	GROS Auriane	Orthophonie (69)

**PROFESSEURS AGRÉGÉS**

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
-----	---------------	---------

**PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52-03)

**PROFESSEURS ASSOCIÉS**

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

**MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

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

M.C.U. Honoraires

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

## **REMERCIEMENTS**

Aux président et membres du jury,

### **Monsieur Le Pr Olivier GUERIN**

Vous m'avez fait l'honneur de présider ce jury. Merci de l'attention que vous avez porté à mon travail. Je vous témoigne ma profonde reconnaissance.

### **Monsieur Le Pr Christian ROUX**

Je vous remercie pour votre participation au jury de cette thèse et de l'intérêt que vous avez porté à cette étude. Soyez assuré de mon profond respect.

### **Monsieur Le Pr Gilles GARDON**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Vous avez témoigné un intérêt immédiat pour mon sujet et je vous en remercie vivement.

### **Monsieur le Dr Fabrice GASPERINI, directeur de thèse**

Un grand merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Merci pour toute ton aide et ta disponibilité tout au long de ce travail. Je te remercie également pour ton enseignement lors de mon semestre d'internat à tes côtés de me faire confiance pour te remplacer et exercer au sein de ton cabinet. Je ne pouvais pas rêver mieux pour débiter, très bien entourée et soutenue. Merci pour ta gentillesse et ta bienveillance.

A mes parents,

Vous m'avez soutenue depuis le début de mes études et vous m'avez offert une enfance heureuse et sereine.

Je vous en serai éternellement reconnaissante (même si je ne le montre pas toujours)

A ma soeur,

Merci d'être là pour moi, tu es la personne sur laquelle je pourrai compter toute ma vie.

A tout le reste de la famille que je ne vois malheureusement pas assez.

A tous mes amis qui m'entourent et font partie de ma vie. A tous ces moments qui nous restent à partager ensemble !

A Alexandre avec qui la vie est si agréable. Et à sa famille pour son accueil chaleureux.

A tous les professionnels de santé et mes maîtres de stages qui m'ont fait découvrir la médecine.

Merci à tous les éducateurs médico-sportifs ainsi qu'à tous les patients ayant participé à cette étude.

## LISTES DES ABREVIATIONS

APA	Activité physique adaptée
AP	Activité physique
ARS	Agence Régionale de santé
ALD	Affection longue durée
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
ETP	Education thérapeutique du patient
HAS	Haute Autorité de Santé

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>12</b>
<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>14</b>
1. type d'étude .....	14
2. Caractéristiques de l'échantillon .....	14
3. Guide d'entretien.....	14
4. Déroulement des entretiens.....	15
5. Transcription des entretiens et analyse des données.....	15
<b>RESULTATS .....</b>	<b>16</b>
<b>A. Caractéristiques de l'échantillon.....</b>	<b>16</b>
1. Données générales de l'échantillon .....	16
2. Caractéristiques des patients .....	16
<b>B. Ressenti autour de l'APA .....</b>	<b>17</b>
1. Réaction initiale avant la pratique .....	17
2. La séance d'activité physique .....	18
3. Des bénéfices indéniables .....	18
4. Point de vue général .....	19
<b>C. Eléments moteurs et freins à la pratique d'une activité physique .....</b>	<b>20</b>
1. Les motivations des patients .....	20
2. Les freins à la pratique d'une activité physique .....	20
<b>D. Les sources d'information .....</b>	<b>21</b>
1. La consultation médicale .....	21
2. D'autres ressources .....	22
<b>E. Proposition d'amélioration du système actuel .....</b>	<b>22</b>
1. Besoin d'accompagnement .....	22
2. Développement du système .....	22
3. Diffusion de l'information .....	23
4. Financement .....	23
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>24</b>
<b>A. Principaux résultats et confrontation aux données de la littérature .....</b>	<b>24</b>
<b>B. Forces et limites de l'étude .....</b>	<b>26</b>
<b>C. Conclusion et perspectives .....</b>	<b>27</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>28</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>31</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE .....</b>	<b>33</b>
<b>RESUME .....</b>	<b>34</b>

## INTRODUCTION

---

Avec le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de personnes atteintes d'une ou de plusieurs maladies chroniques ne cesse de s'accroître. Un français sur quatre souffre d'une maladie chronique.

La prévention de ces maladies chroniques est un enjeu majeur tant pour le bien-être des personnes que pour la pérennité de notre système de santé.

Nous savons aujourd'hui, que l'activité physique (AP) a des effets bénéfiques sur la santé qui l'emportent sans conteste sur les risques encourus en la pratiquant, quel que soit l'âge et l'état de santé des personnes. En prévention primaire, elle réduit la mortalité et l'incidence des maladies chroniques. Des expertises de l'ANSES et de l'INSERM insistent aussi sur les effets bénéfiques de l'activité physique en tant que thérapeutique à part entière ou en association avec un traitement médicamenteux. (1,2)

Les études épidémiologiques actuelles montrent un niveau d'activité physique faible et une sédentarité élevée de la population française, quelles que soient les tranches d'âge. (3)

Il apparaît donc nécessaire, dans une perspective de santé publique, d'intervenir pour augmenter le niveau d'activité physique de la population et limiter le temps passé dans des comportements sédentaires.

Depuis 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) propose le développement de prescription de thérapeutique non médicamenteuse incluant l'activité physique. (4) Ainsi, la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 stipule «la possibilité pour le médecin traitant de prescrire une activité physique aux patients en affection de longue durée (ALD), adaptée à la gravité de leur pathologie, à leurs capacités physiques au sens des capacités fonctionnelles (c'est à dire locomotrices, sensorielles et cognitives) et au risque médical encouru ». La prescription de l'Activité Physique Adaptée (APA) par le médecin traitant pour les patients affectés d'une ALD est possible depuis le 1<sup>er</sup> Mars 2017. (5)

En région Provence Alpes Côte D'Azur, l'association Azur Sport Santé, a mis en place un site internet répertoriant les professionnels en activité physique adaptée afin d'aider les professionnels de santé à orienter leurs patients. (6)

Le médecin traitant a une place centrale dans notre système de santé dans son action de prévention et d'éducation à la santé. Un guide pour la promotion, la consultation et la prescription médicale d'activité physique et sportive chez les adultes est proposé par la HAS pour aider les médecins à promouvoir l'activité physique. (7)

L'étude de l'Institut Français d'Opinion Publique en 2015 confirmait l'enthousiasme des médecins libéraux à l'idée de prescrire sur ordonnance une activité physique. (8) Mais des interrogations demeuraient notamment sur la formation des médecins, leur manque de temps et l'utilisation d'outils adéquats. Les médecins se heurtaient également à un manque de motivation de la part des patients et soulevaient des questions sur l'orientation du patient vers des structures spécialisées ainsi que sur le financement de l'activité physique adaptée. (9-12)

La prescription d'APA n'est actuellement pas remboursée en France par la sécurité sociale. Néanmoins certaines mutuelles ont pris le parti de prendre en charge l'activité physique adaptée pour leurs adhérents souffrant d'affection longue durée, ainsi le programme d'activité physique prescrit aux patients est pris en charge partiellement voire totalement dans certains cas. Les montants remboursés sont en effet très variables selon les mutuelles. (13)

La prescription d'activité physique par le médecin généraliste a montré son efficacité sur l'augmentation du niveau habituel d'activité physique des patients et l'amélioration de la qualité de vie dans une étude Strasbourgeoise. (14)

Une autre étude réalisée par L. Bourriquen, auprès de patients atteints d'une maladie chronique montrait un point de vue favorable quant à la prescription d'activité physique par leur médecin traitant. Mais la promotion de l'activité physique ne devrait pas se limiter à la seule prescription médicale selon eux, quatre phases successives : évaluation, intervention, accompagnement, suivi et surveillance seraient attendus par les patients en terme d'activité physique. (15)

Face aux discordances entre les doutes des médecins français devant cette nouvelle pratique et les études montrant une efficacité de la prescription médicale d'activité physique pour élever le niveau d'activité physique, nous nous sommes intéressés à l'expérience des patients participant à un programme d'activité physique adaptée sur prescription.

Le but de cette étude est de donner un aperçu de la façon dont les patients appréhendent, envisagent et vivent l'activité physique. Les expériences des patients sont une source d'informations riche permettant d'évaluer et de comprendre les patients pour les aider au mieux à devenir plus actifs physiquement.

A travers le vécu du patient autour d'une prescription d'activité physique, des éléments émergeront afin d'informer les médecins généralistes ou tout autres professionnels liés à cette activité pour améliorer leur prise en charge.

# MATERIELS ET METHODES

---

## **1. Type d'étude**

Une étude qualitative nous a semblé la plus adaptée pour analyser le vécu des patients. En partant de la façon dont ils vivent et appréhendent l'activité physique adaptée, ce travail nous a permis de mieux comprendre leurs ressentis, leurs représentations ainsi que leurs parcours.

Suivant la méthode de la théorie ancrée, la théorisation s'est développée au cours de l'analyse et des entretiens.

## **2. Caractéristiques de l'échantillon**

### **✦ Critères d'inclusion**

Les patients inclus étaient volontaires et devaient déjà avoir pratiqué une activité physique adaptée dans le département des Alpes Maritimes.

### **✦ Recrutement**

Les patients ont été recrutés directement en séance d'activité physique adaptée. Les éducateurs médico-sportifs ont été contactés au préalable par téléphone ou par email, leurs coordonnées ont été trouvées via le site web d'Azur sport santé, sélectionnés de façon aléatoire selon leur localisation afin de couvrir tout le territoire des Alpes Maritimes. Après autorisation de leur part d'assister aux séances d'APA, les patients lors de la séance ont été recrutés.

Au total, l'investigateur a assisté à sept séances d'APA à Mougins, Antibes, Roquefort les pins, la Gaude et Nice.

### **✦ Taille de l'échantillon**

Notre échantillonnage cible n'a pas été défini par avance.

Les entretiens ont été conduits jusqu'à « suffisance de données », ce qui correspond à un épuisement de nouvelles idées pouvant enrichir notre analyse.

## **3. Guide d'entretien**

Les entretiens ont été réalisés avec l'appui d'un guide d'entretien semi-dirigé, composé de questions ouvertes. Ce guide était établi en quatre axes permettant aux patients d'évoquer différents aspects de leur vécu autour de l'activité physique adaptée, afin de mettre en évidence des éléments nous permettant de mieux comprendre le patient et d'adapter au mieux les soins concernant son activité physique. La première partie abordait la représentation qu'ils avaient de l'activité physique. La deuxième leur permettait d'évoquer leur parcours, la troisième concernait leurs sources de motivation et enfin la dernière les questionnait sur leurs ressentis.

Au cours des entretiens, le guide d'entretien a évolué, selon la méthode de la théorie ancrée, pour apporter des notions supplémentaires que les patients n'abordaient pas systématiquement spontanément.

#### **4. Déroulement des entretiens**

Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels pour que chaque patient puisse s'exprimer librement et permettent ainsi d'approfondir le vécu expérientiel de chaque patient. Les entretiens se sont déroulés selon la trame du guide. Des réponses neutres ont été données et aucun jugement n'a été porté pour influencer les patients.

Les interviews se sont déroulées sur une période de trois mois entre Septembre 2019 et Novembre 2019, le lieu et la date était convenus entre l'investigateur et le patient.

Tous les patients ont été enregistrés à l'aide d'un smartphone après avoir obtenu leur consentement oral. La durée des entrevues avait été estimée en moyenne à 30 minutes.

#### **5. Transcription des entretiens et analyse des données**

Les entretiens ont été retranscrits manuellement sur ordinateur à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word. Chaque entretien a été anonymisé et désigné par la lettre M suivi d'un chiffre en fonction de la date de passage dans l'étude. Ils ont été retranscrits mot pour mot dans leur intégralité.

L'analyse a ensuite été réalisée grâce au logiciel Nvivo 12. Cette analyse a débuté par un codage ouvert des entretiens par étiquetage des verbatims qui ont été ensuite regroupés par catégories grâce à des propriétés similaires. Une analyse transversale a permis de les organiser et présenter de manière cohérente. L'analyse des entretiens a été réalisée par l'investigateur. L'ensemble des résultats a été relu et corrigé par le directeur de thèse.

## RESULTATS

### A. Caractéristiques de l'échantillon

#### 1. Données générales de l'échantillon

Au total, nous avons contacté sept éducateurs médico-sportifs. Durant les séances, quatorze patients se sont portés volontaires dans le département des Alpes Maritimes répartis entre Mougins, Roquefort-les-pins, Antibes, Vence et Nice. Les quatorze entretiens ont été inclus dans l'étude. Les entretiens ont été réalisés sur trois mois entre Septembre 2019 et Novembre 2019.

Leurs durées étaient comprises entre onze minutes et trente-quatre minutes avec une moyenne de vingt-trois minutes. La saturation des données a été obtenue au onzième entretien ainsi confirmée par les trois derniers.

#### 2. Caractéristiques des patients

**Tableau 1- Caractéristiques des patients inclus**

N°	Sexe	Age	Catégorie socio professionnelle	lieu de vie	ALD(s) déclarée(s)	Autres pathologies	Activité physique antérieure
1	F	98	Ancien ouvrier	Roquefort-les-pins	-	Hypertension	oui
2	M	79	Ancien instituteur	Antibes	Parkinson	-	oui
3	M	85	Ancien ouvrier	Antibes	Insuffisance cardiaque	-	non
4	F	66	Ancien employé	Grasse	Polyarthrite rhumatoïde	-	oui
5	F	72	Ancien professeur	Biot	Insuffisance cardiaque	Maladie d'addison Hypertension Arthrose	non
6	F	70	Ancien employé	Mouans-Sartoux	Cancer du sein	Hypertension Diabète	non
7	F	66	Ancien ouvrier	Nice	-	Algodystrophie	non
8	F	66	Ancien employé	Nice	-		non
9	M	70	Ancien cadre	Nice	-	Arthrose	oui
10	M	77	Ancien cadre	Nice	Infarctus myocarde	Cholesterol	oui
11	M	75	Ancien cadre	Nice	-	Arthrose	non
12	M	66	Ancien intermédiaire	la Gaude	Infarctus myocarde Cancer pulmonaire	-	non
13	F	65	Ancien intermédiaire	la Gaude	-	Hypertension Dysthyroïdie	oui
14	F	83	Ancien intermédiaire	Nice	Infarctus myocarde	-	oui

Notre échantillon est formé de six femmes pour huit hommes, les catégories socioprofessionnelles sont assez diversifiées.

Neuf patients habitaient en secteur urbain dont six à Nice, deux à Antibes et un à Grasse, contre cinq patients en secteur semi-urbain: Biot, Mouans-Sartoux, la Gaude, Roquefort-les-pins.

Malheureusement aucun patient en milieu rural n'a pu être inclus étant donné l'absence de structure proposant de l'activité physique adaptée.

Huit patients sur quatorze avaient une pathologie relevant d'une prise en charge à 100% en affection longue durée. Une patiente n'avait aucun problème de santé à sa connaissance.

La moitié de notre échantillon déclare ne jamais avoir eu d'activité physique antérieure avant de participer aux séances d'APA.

Pour l'autre moitié qui déclarait pratiquer une activité physique, le tableau 2 présente le type d'activité ainsi que la fréquence à laquelle il l'exerçait.

**Tableau 2 - Activité physique antérieure des patients**

N°	Type d'activité	Fréquence
1	Marche	Ne sait plus
2	Randonnée pédestre	1 fois par semaine
4	aqua gym/athlétisme/ salle fitness/danse/ marche/course/natation	1 fois par semaine
9	Course/ rando/ roller/vélo	1 à 2 fois par semaine
10	escrime/tir à l'arc/ golf/tennis/squash	1 à 2 fois par semaine
13	Gym/rando	1 fois par semaine
14	Gymnastique	1 à 2 fois par semaine

## **B. Ressenti autour de l'APA**

### **1. Réaction initiale avant la pratique**

Avant l'initiation de l'activité physique adaptée, les patients ont eu divers types de réactions.

Tous les patients, orientés par un médecin, ont eu une adhésion immédiate à la proposition et ont appliqué à la lettre les consignes du médecin. « *J'y suis allé tout de suite, et je reconnais qu'il a bien fait* » (N3), « *ça m'a plu tout de suite quand elle m'en a parlé* » (N4)

Plusieurs patients se sont présentés spontanément à la suite d'une discussion avec leur entourage, d'un renseignement sur internet ou d'une information par leur caisse de retraite. « *Donc moi j'ai dit oui bien sûr, c'est une bonne initiative des caisses de retraite.* » (N9)

Un seul patient a mis plusieurs mois avant de se décider à venir pratiquer l'activité physique adaptée. « *Six mois après je m'y suis mis. J'ai mis un peu de temps à l'admettre* » (N10)

## 2. La séance d'activité physique

L'éducateur était un élément important et ses compétences ont été soulignées par grand nombre de patients. « *Ce que le coach fait est bien parce qu'il s'adapte à nos conditions physiques* » (N8)

En effet, l'encouragement, l'accompagnement, « *avec l'éducatrice, il y a toujours un accompagnement* » (N5) et l'évaluation dans la pratique sportive par l'éducateur sont des qualités ressenties par les patients lors des séances.

Les séances étaient considérées toujours comme adaptées à chaque patient. « *C'est adapté à chacun de nous, chacun marche à son rythme comme il le sent, on s'adapte* » (N6)

Les activités exercées lors des séances étaient assez homogènes dans les différents centres; des échauffements, des étirements, de la gymnastique, du gainage ainsi que de la marche nordique sont les principaux exercices.

La marche nordique est un grand point positif à ces séances, très appréciée par chaque patient. « *ce qui m'intéressait chez eux c'était surtout la marche nordique.* » (N13)

Le fait que certaines séances soient exercées en extérieur entraîne un engouement. « *On est dehors et ça c'est agréable* » (N8)

## 3. Des bénéfices indéniables

### ❖ Physiques

De multiples bénéfices physiques ont été relevés à la suite de la pratique de l'activité physique : une meilleure agilité « *j'ai acquis ou réacquis une certaine facilité.* » (N2), de la souplesse « *c'est indiscutable, la souplesse est revenue* » (N3), de la tonicité « *je suis plus dynamique, on se sent moins ankylosé* » (N14), une endurance « *Je peux sortir avec mon fils, sans qu'il ait besoin de me traîner. Il me dit maman c'est bien, qu'est ce que t'avances bien.* » (N6), du bien-être « *la sensation d'être bien dans mon corps* » (N8), « *pour la coordination des mouvements* » (N14).

L'activité physique a été décrite comme « *agissant directement sur la santé* » (N13), sur le sommeil « *le soir, on s'endort plus vite* » (N6).

Des patients ont affirmé une diminution des douleurs, « *ça s'est avéré positif, parce que j'ai beaucoup moins mal* » (N5).

### ❖ Psychologiques

Des effets psychologiques ont aussi été évoqués notamment avec la notion de plaisir, de gratification « *c'est chaque fois gratifiant.* » (N5), une amélioration du moral « *je trouve que ça me fait énormément de bien pour le moral* » (N14) ou encore « *quelque chose qui permet de vous vider l'esprit* » (N9).

Quelques patients soulignent aussi un travail de la mémoire lors des séances, « *ça fait aussi travailler le cerveau* » (N8).

### ❖ Lien social

L'activité physique, dans ce cadre, permet aux patients de créer un lien social. Ils évoquent une activité sénior inédite qui leur est très agréable, « *j'ai trouvé ça sympa, qu'on nous réunisse avec des gens d'un certain âge pour qu'on fasse des choses ensemble.* » (N8).

Des amitiés, un « *partage avec les autres personnes* » (N6) ainsi qu'une entraide entre des patients présentant diverses pathologies leur permettent, tous retraités dans cette étude, de garder une vie sociale chère à leurs yeux, « *on est toutes pareil et on s'entraide en fait et ça c'est bien* » (N4), « *la sociabilité qu'on développe au sein du groupe ça joue beaucoup.* » (N5).

L'émulsion de groupe les stimule et les pousse à continuer cette activité physique, « *le fait de retrouver des gens, c'est l'émulation.* » (N12).

De plus, ces séances sont pour certains un objectif de vie, « *c'est très bien, ça nous oblige à sortir* » (N8), « *moralement, on est obligé de venir quelque part* » (N14).

#### 4. Point de vue général

##### ❖ **Vision du système mis en place**

La totalité des patients sont très satisfaits du système mis en place.

« *Ça a été mis en place d'une façon sérieuse, de façon intelligente, de façon positive donc moi je ne peux qu'adhérer et je ne suis pas le seul* » (N2)

« *Pour moi c'est une belle découverte ce programme* » (N12)

« *D'autant plus que j'ai beaucoup apprécié l'intelligence de cette caisse de retraite, qui permet l'activité physique contre la maladie. Il y a des tas de pathologies qu'on n'aura pas, on en aura peut être d'autres mais on a l'impression se sentir bien mieux quand on fait du sport,* » (N10)

« *Pour moi l'initiative des caisses de retraite est une excellente idée, puisque moins on est malade, moins elles payent, puis on vieillit mieux, plus sain.* » (N9)

##### ❖ **Financement**

Avant l'adaptation du guide d'entretien, deux patients n'ont pas abordé le financement de l'activité, pour deux autres l'activité était gratuite (prise en charge par la maison de retraite et par la mairie d'Antibes) donc n'a pas engendré de réaction.

Tous ceux participant à cette activité physique par le biais d'une caisse de retraite, ont tous été satisfaits du prix, restant à leur charge 25 euros à l'année.

Trois d'entre eux affirment qu'ils ne viendraient pas si ce n'était pas pris en charge. « *Si on n'a pas l'aide on ne le fera plus.* » (N7), « *on a des petites retraites, donc si c'est trop cher on ne peut pas faire* » (N9), « *si ce n'était pas remboursé je ne viendrais pas* » (N10).

Trois patients trouvaient l'activité relativement chère, mais considéreraient avoir les moyens pour la payer, « *c'est pas ça qui va crever un budget, mais quand même.* » (N2), « *C'est toujours cher. J'ai conscience que certaines personnes ne puissent pas accéder à un programme comme ça* » (N12), « *pour certain ça peut paraître peu cher, moi je trouve que c'est déjà un budget.* » (N13)

Deux patientes trouvaient le prix « *raisonnable* » (N14), « *pas excessivement cher.* » (N4)

##### ❖ **Sentiments divers**

Certains patients ont des regrets de ne pas avoir commencé plus tôt, « *je regrette une chose, c'est de ne pas l'avoir fait avant* » (N3), « *Et aujourd'hui je regrette, je me dis que j'ai été bête, j'aurais pu me bloquer deux heures le samedi ou dimanche pour en faire un petit peu.* » (N12), « *si j'avais 15 ans je me mettrais au sport, chose que je n'avais jamais fait.* » (N5).

Ils évoquent une prise de conscience tardive, « *on s'en rend compte un peu tard qu'il aurait fallu faire* » (N2).

La redécouverte de l'activité physique, « *on retrouve une deuxième jeunesse un petit peu* » (N12), un nouveau quotidien, une régularité « *le plus régulièrement possible* » (N2) sont d'autres notions abordées par les patients.

## **C. Eléments moteurs et freins à la pratique d'une activité physique**

### **1. Les motivations des patients**

#### **❖ Diminution physique liée à l'âge**

Plusieurs patients exerçaient une activité sportive pour entretenir leur état de santé et pallier aux conséquences physiques liées à l'âge.

*« Comme j'atteins un certain âge, j'entends de partout qu'il faut bouger, sinon c'est la décroissance » (N11)*

*« Avec le temps, si vous ne réagissez pas, votre état physique et mental, en subissent les conséquences. » (N2)*

#### **❖ Santé**

La déclaration d'un problème de santé chez quelques patients, a déclenché une réaction les entraînant à pratiquer une activité physique *« pour contre carrer entre guillemets la maladie » (N2)* en tant que thérapeutique à part entière, *« c'est 50% de la guérison » (N6)*, *« retrouver une sensation physique que je n'avais plus après l'opération » (N12)*.

La perte de poids était un autre motif qui a poussé une patiente à exercer une activité physique, *« pour essayer de traiter mon surpoids » (N5)*.

#### **❖ Disponibilité et inactivité**

Des séniors admettent que leur inactivité et leur temps disponible ont été des arguments au maintien d'une activité physique.

*« Je trouve ça bien qu'on nous fasse faire du sport, à des gens d'un certain âge, parce que ça veut dire qu'on peut encore faire quelque chose, qu'on n'est pas destiné à rester sur un canapé » (N8)*

*« Je pense qu'il y a beaucoup de gens dans les séniors qui seraient peut être contents de faire ce genre d'activités. On a le temps nous, on ne travaille plus donc. » (N9)*

*« Comme je bougeais plus, je vais aller voir et puis en fait c'est très sympa » (N11)*

*« Depuis la retraite, je n'ai rien fait de ce côté là. » (N3)*

#### **❖ Eléments personnels**

Des éléments plus personnels comme la volonté, *« personnellement je suis très volontaire » (N8)*, le besoin physiologique, *« le besoin, durant toute mon existence » (N10)*, le plaisir *« j'avoue, j'aime ça » (N1)* motivent certains patients.

La conscience des bienfaits du sport ainsi que l'importance du sport dans leur vie, ont une place déterminante dans leur pratique de l'activité physique.

*« si ça va bien, c'est qu'on a toujours fait du sport. » (N4)*

*« avant je me disais, oh le sport ...mais là je trouve que c'est une chose presque indispensable dans la vie » (N14)*

### **2. Les freins à la pratique d'une activité physique**

#### **❖ Appréhension**

Certains patients évoquaient une appréhension quant à la pratique d'une activité physique qui pourrait ainsi limiter leur motivation.

*« Je pensais que la marche nordique c'était crapahuter dans les montagnes » (N6)*

*« J'étais pas très rassurée » (N5)*

### ❖ Astreignant

Pour d'autres, l'activité physique est considérée comme astreignante.

« *Au début, avant que je fasse cette marche, ça représentait une corvée* » (N5),

« *ça me pèse de venir* » (N4)

### ❖ Problème de volonté

Un problème de volonté chez certains patients est ressorti comme étant une faiblesse et une limite à la pratique d'une activité physique.

« *C'est bien l'idée de prescrire mais comment rendre quelque chose d'obligatoire à une personne qui ne se motive pas ?* » (N13)

« *Je pense que ça peut être intéressant pour les gens qui n'ont envie de rien faire, qui sont pas capables de se prendre en charge eux-mêmes.* » (N8)

### ❖ Limite du prix

Pour trois patients sur quatorze, le prix serait un frein. « *Je ne ferais pas, c'est trop cher pour moi* » (N7)

« *Pour certain ça peut paraître peu cher, moi je trouve que c'est déjà un budget.* » (N13)

## D. Les sources d'information

### 1. La consultation médicale

#### ❖ Orientation

Deux patients ont été orientés par leur médecin traitant et quatre autres par des médecins spécialistes.

« *On l'a appris par notre médecin traitant.* » (N2), « *C'est mon docteur qui m'en a parlé, il m'a dit, il faut absolument faire une activité, parce que dans quelques années vous pourrez même plus sortir de chez vous.* » (N3).

#### ❖ Adhésion prescription écrite

La majorité des patients était favorable à la prescription écrite de l'activité physique adaptée.

« *Je suis à 100% pour, je trouve ça très bien, d'autant plus que si c'est prescrit.* » (N10)

« *Et je la remercie chaque fois, parce que vraiment c'est bien, c'est bien de m'avoir mis la dedans.* » (N5)

Seule une patiente n'adhérait pas du fait de la non gratuité des séances d'activité physique adaptée.

#### ❖ Aptitude du médecin

Le médecin est considéré comme compétent à évaluer les aptitudes du patients à la pratique d'une activité physique. « *En tant que médecin généraliste, elle est plus apte que d'autres pour me dire continuez c'est très bien ou arrêtez momentanément.* » (N2)

#### ❖ Limites de la consultation médicale

Cependant, malgré l'adhésion des patients à la prescription écrite d'une activité physique adaptée, les patients n'ont pas d'attente particulière de leur médecin en terme d'activité physique. En effet, le manque de réassurance, « *Elle a pas su me rassurer* » (N4) et l'absence de proposition par les médecins ressort à plusieurs reprises.

« *Mon médecin traitant m'a toujours dit que je faisais bien de faire ce que je faisais, il m'a toujours encouragé de continuer mais c'est tout.* » (N5)

« *Mais j'ai pas le souvenir qu'un médecin m'ait dit de faire telle ou telle activité physique* » (N11)

« Même si on globalise, les médecins n'en parlent pas assez. Ils en parlent mais comme ça, il faut faire de l'exercice un petit peu » (N12)

« Je lui dis je fais ça, il me dit: vous avez raison mais c'est tout. » (N14)

Une patiente, sans antécédent notable, pratiquant l'activité physique en prévention primaire, estimait que ce n'était pas le rôle du médecin de parler d'activité physique.

« Mais après tout, ce qui est activité physique c'est mon problème, c'est pas son problème. c'est pour ça que j'attends rien du tout de mon médecin traitant. Vous savez, je pense qu'ils ont déjà suffisamment de choses à faire si en plus ils doivent prendre le temps de vous dire ce que vous devez faire de vos jours de congés. » (N8)

## 2. D'autres ressources

Un patient, après une hospitalisation, a été inclus dans un programme d'ateliers thérapeutiques, qui l'a dirigé vers l'activité physique adaptée.

Cinq patients ont été amenés à faire une activité physique adaptée par le biais d'une information par leur caisse de retraite.

Deux patients sont venus grâce à leur entourage qui pratiquait déjà cette activité.

Une patiente était en maison de retraite et participe aux séances proposées.

Une patiente s'est informée par le biais d'internet.

## **E. Proposition d'amélioration du système actuel**

### 1. Besoin d'accompagnement

L'accompagnement dans la pratique de l'activité physique a été abordé par plusieurs patients, « On peut prescrire mais si on n'accompagne pas la personne pour moi voilà. » (N13), « Lorsqu'on constate que c'est très positif pour toute personne atteignant un certain âge, c'est toujours un problème d'accompagnement. » (N2).

Ils évoquent aussi un besoin d'orientation, « J'ai pas eu cette idée là. » (N3), « ça aurait été de discuter avec quelqu'un qui me parle de ça, que quelqu'un essaie de me convaincre, dise les avantages, les désavantages. » (N11).

Le médecin généraliste serait un soutien, selon un patient, considéré comme « une base » (N2), son rôle serait « d'essayer de faire en sorte que la personne puisse continuer dans des conditions favorables ce qui lui est proposé. » (N2)

La réassurance est une notion importante à prendre en compte chez les patients.

N5: « Mais quand on a vu l'éducatrice pour la première fois, on a été tout de suite rassuré, on a vu que c'était quelqu'un de très tolérant, très douce. Elle est très à l'écoute donc ça nous rassure. Elle ne nous met jamais en échec. » (N5)

### 2. Développement du système

L'activité physique a été considérée très importante de l'ordre de la santé publique « dans l'intérêt général, la santé des personnes » (N2), « ça devrait être beaucoup plus étendu » (N13).

Une proposition de développement dès le plus jeune âge à l'école serait une solution, selon certains patients, pour continuer à l'âge adulte une activité physique, « à l'époque on faisait pas mal de sport à l'école, ils en font de moins en moins, et tout au long de la vie c'est pareil » (N12)

De même, le développement de l'activité physique durant les horaires de travail est évoqué.

« Il faudrait dans les écoles et puis au travail il y a des sociétés qui peuvent aider leur personnel à faire de l'activité physique, je trouve qu'en France c'est pas développé. J'avais entendu dire que les japonais s'arrêtaient de travailler pour faire une heure de gym. » (N6)

L'augmentation du personnel médico-sportif et des horaires proposés a été à plusieurs reprises émise.

« on augmente le nombre de personnes qualifiées » (N2)

« J'aimerais qu'il soit un peu plus long, une heure de plus ce serait super » (N10)

« Proposer d'autres horaires, on peut pas toujours venir à ces horaires. Proposer plus de cours à des horaires plus large et les jours. » (N4)

« Il faudrait qu'il y ait plus de coachs, plus de clubs qui proposent la chose. Je pense qu'il y a beaucoup de gens dans les seniors qui seraient peut-être autant pour faire ce genre d'activités. » (N9)

### 3. Diffusion de l'information

Pour plusieurs patients, l'information de l'existence de l'activité physique adaptée devrait être plus répandue, « essayer de faire connaître » (N13)

Certains patients, en parlent autour d'eux, « Le bouche à oreille marche. Elle me dit, moi je m'ennuie, j'ai pas d'activité. Je lui ai parlé du projet. Elle a téléphoné à l'éducatrice hier, donc elle va venir. » (N4), « Autour de moi, j'en ai parlé aux gens que je connais qui ont nos âges. » (N2).

Le médecin a été considéré comme un vecteur important de l'information pour la diffuser au plus grand nombre.

« divulguer d'avantage auprès des médecins généralistes. » (N5), « je pense que ça devrait être connu par le médecin généraliste » (N4), « je vous retourne la question. c'est à vous de faire les efforts que ce soit systématiquement dans votre diagnostic de le dire. » (N10).

### 4. Financement

Plusieurs patients étaient d'accord sur le fait qu'ils devraient être aidés financièrement voire que l'activité physique adaptée devrait être gratuite.

« Un programme comme ça, suite à une opération, ça devrait être gratuit. Globalement, il n'y a pas assez d'aides pour tout ça. » (N12)

« si on nous aidait à le payer ce serait encore mieux » (N14).

« Dans la mesure où ça concerne tout le monde, si on constate que c'est positif pour ceux qui le pratiquent, la meilleure des choses serait de faire en sorte que ce soit gratuit » (N2)

Les aides financières par les caisses complémentaires est l'idée principale développée.

« les caisses complémentaires devraient se concerter pour que tout le monde ait accès à ce genre de pratique » (N8)

## DISCUSSION

---

L'objectif de notre étude était d'explorer le vécu de la pratique de l'activité physique adaptée par des patients en prévention primaire et secondaire, de l'information jusqu'à la pratique réelle. Des éléments émergent de leur expérience personnelle afin d'améliorer cette pratique récente.

A ce jour, l'activité physique adaptée est encore peu connue des médecins et du grand public en France. Cette étude, nous a permis de la découvrir à travers le vécu des patients qui la pratiquent.

### **A. Principaux résultats et confrontation aux données de la littérature**

A la suite de ces entretiens, la première idée qui ressort est que de manière générale tous les patients étaient satisfaits de participer à l'activité physique adaptée. Elle est adaptée à leurs capacités physiques ainsi qu'à leurs pathologies. Tous les patients sans exception ressentent des bénéfices incontestables grâce à la pratique de cette activité que ce soit physique, psychologique ou sur le maintien d'un lien social très important à leurs yeux. Certains d'entre eux regrettaient de ne pas avoir eu une activité physique plus tôt et ont une prise de conscience trop tardive.

Les éducateurs médico sportifs sont très appréciés par l'ensemble des patients, considérés comme compétents, rassurants et à l'écoute de chaque participant. Ce système mis en place est une belle réussite.

Une étude en Angleterre a étudié l'expérience de personnes âgées engagées dans un programme d'activité physique prescrit par le médecin. Les résultats concordent avec notre étude, les patients ressentent des bénéfices physiques, psychologiques et sociaux avec une adhésion à la prescription du médecin ainsi qu'un soutien et un accompagnement très rassurant de l'éducateur médico-sportif. (16)

Il pourrait être intéressant désormais de compléter l'analyse par une étude sur le ressenti des éducateurs médico sportifs d'APA afin d'obtenir un autre point de vue et différentes informations sur le sujet.

Notre travail met en évidence que des médecins ont commencé à promouvoir l'activité physique adaptée en orientant certains de leurs patients vers des professionnels spécialisés. Cependant, au vu de notre échantillon, la majorité des patients ne vient pas de la part de leur médecin. Pour une partie de notre population, l'activité physique n'a jamais été abordée en consultation ou seulement oralement avec quelques conseils sans réel accompagnement ni orientation.

En 2016, selon Géraldine Bloy et al., peu de médecins généralistes évoquent spontanément l'activité physique en consultation. La place de l'activité physique au cœur de la consultation n'est pas dans les mœurs.

La motivation pour le sport des patients est présentée comme largement hors d'atteinte du médecin généraliste, qui buttent sur certaines indications médicales. Les conseils sont d'abord de bon sens mais ils restent vagues, ordinaires aux dires mêmes des médecins généralistes.

Au-delà du cabinet, les médecins généralistes orientent finalement peu, dépourvus de moyens ou de relais à qui déléguer le soin. Les médecins généralistes interrogés soulignent la faiblesse de leur formation initiale en matière d'activité physique. (17)

Confrontés à notre étude, ces résultats expliquent en partie le fait que la plupart des patients n'ont pas été orientés par leur médecin.

A l'étranger, la prescription d'AP par le médecin traitant a montré son efficacité sur l'augmentation du niveau d'activité physique des patients notamment en Suède (18), aux Etats-Unis (19,20), au Danemark (21), en Nouvelle-Zélande. (22) et au Royaume-Uni. (23)

Cependant, la faible priorité accordée à l'activité physique par les professionnels de santé dans l'ensemble participe aux difficultés de développement de sa prescription.

En conséquence, la majorité des patients n'attendent rien de leur médecin traitant en terme d'activité physique, ce qui est paradoxal avec le fait qu'ils conçoivent tout à fait sa prescription par un médecin.-En effet, globalement les patients étaient favorables à la prescription écrite de l'activité physique par les médecins,

considérés comme aptes, mais toujours accompagné d'un discours et d'une orientation. Les patients ressentent le besoin d'être aiguillé par le corps médical ou un entourage de confiance en terme d'activité physique.

L'éducation et la formation initiale des médecins permettrait d'encourager son développement. (24)

Nos patients étaient motivés dès l'information pour réaliser une activité physique. Un seul a tardé à faire le premier pas après avoir participé à un atelier d'éducation thérapeutique (ETP). L'absence d'activité antérieure n'empêche en rien l'adhésion du patient à une nouvelle pratique sportive.

Il nous semble être difficile de convaincre des patients peu motivés par cette pratique. Un défi de taille pour les médecins généralistes! Cependant, des outils existent pour le relever tels que les entretiens motivationnels. Des éléments de motivation intrinsèques et extrinsèques évoqués dans les résultats de cette étude pourront venir en aide afin d'argumenter et promouvoir l'activité physique. Le guide sur la consultation médicale proposé par la HAS évoque aussi l'entretien motivationnel à réaliser avec le patient s'appuyant sur le modèle transthéorique de Prochaska et di Clemente. (7)

E. Vallée et al. montrent l'efficacité d'un conseil minimal donné par le médecin généraliste concernant l'activité physique lors d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance qui augmente significativement l'activité physique pratiquée par les patients. (25)

Néanmoins, des ateliers d'éducation thérapeutique pourraient aider les médecins à promouvoir l'activité physique. Cela leur permettrait ainsi de suivre et d'accompagner le patient dans sa démarche plus aisément.

L. Bourriquen estime aussi qu'une approche motivationnelle spécifique à l'activité physique pourrait être développée et enseignée pour accompagner ces patients vers un changement de comportement. Cette démarche pourrait s'associer à un programme structuré d'ETP dans le champ de la maladie chronique. (15)

En 2018, M. Racodon affirme grâce à son étude qu'un programme de ce type a un impact positif sur les connaissances des patients. Et observe que le suivi des recommandations concernant la pratique physique se maintient à moyen terme. (26)

La société francophone de diabétologie soulève l'impact positif de l'éducation thérapeutique sur l'activité physique du patient diabétique. Cette dernière inciterait donc le patient à réaliser un bilan éducatif et à rechercher un accompagnement par un soignant ou les échanges dans des rencontres collectives. L'AP apporte donc spontanément la dynamique nécessaire à la mise en place d'un travail d'ETP. (27)

Les patients eux-mêmes pourraient être une aide aux professionnels de santé. En effet, la notion de patient partenaire est une évolution au sein de l'éducation thérapeutique du patient en opposition avec la médecine paternaliste. Le professionnel de santé n'agit plus seul et cherche davantage une collaboration avec son patient. Ainsi, le patient partenaire pourrait être un relai auprès d'autres patients hésitant à pratiquer une activité physique adaptée. (28)

Dans notre étude, tous nos patients étaient retraités, on peut se demander alors si le manque de temps lié à l'activité professionnelle pourrait être un facteur limitant à la pratique de l'activité physique.

D'autres pratiques pourraient mettre le pied à l'étrier notre population comme le sport à l'école dès le plus jeune âge ou dans le milieu professionnel.

Une étude au Royaume Uni s'intéresse aux perspectives des employeurs et employés autour du sport sur le lieu de travail. Malgré ces avantages largement reconnus, des obstacles importants ont été identifiés comme l'organisation de la journée de travail, la culture et les normes du lieu de travail. Il est peu probable que l'AP sur le temps de travail devienne monnaie courante. En effet, une prise de conscience collective de nos attitudes semble primordiale pour que la culture du mouvement au travail s'instaure. (29)

A ce jour, seul 18% des entreprises françaises ont mis en œuvre des actions en faveur de l'activité physique sur le lieu de travail. (30)

Plusieurs études ont montré que le lieu de travail serait un environnement propice à des changements modestes dans l'activité physique, la nutrition et la santé des employés. (31-33)

Sur le plan financier, contre toute attente, notre étude montre que le prix n'a pas été le premier frein à la pratique d'activité physique. Plusieurs mutuelles, caisses de retraite et collectivités territoriales contribuent déjà financièrement au développement de la pratique de ces activités ; et la plupart des personnes ayant payé pour des séances les considèrent toutefois assez peu onéreuses.

Cependant, nous avons pu remarquer que les patients de notre étude bénéficiant d'une aide financière pour les séances, étaient d'une catégorie sociale moins aisée. Un remboursement par toutes les caisses de retraites ou mutuelles permettrait donc une accessibilité de l'activité physique adaptée à toutes catégories socio-économiques. A ce jour, dans sept pays européens, dont l'Allemagne et les Pays Bas, les assurances maladie prennent en charge l'activité physique sur prescription médicale. (34)

En 2018, L. Bailly et al. montrent dans leur étude « as du coeur » qu'un tel programme chez des patients atteints de coronaropathies ou ayant des antécédents d'insuffisance cardiaque se révèle être économique. En effet, après un programme d'activité physique, cette étude montre une réduction des frais de soins médicaux. (35)

Notre population comprenait des patients pratiquant une activité physique en prévention primaire et secondaire. Les patients en prévention secondaire estimaient tous le rôle de leur médecin généraliste de faire de la promotion de l'activité physique. En prévention primaire, la promotion par le médecin généraliste semble aussi bien acceptée, une seule patiente estimait que la prescription d'APA n'était pas le rôle de son médecin. Ses résultats soulèvent alors comme question : faut-il élargir la prescription d'APA aux patients non ALD?

Une étude pilote réalisée à Biarritz suggère que la prescription d'APA en prévention primaire par le médecin traitant est une stratégie applicable, ce qui conforte notre hypothèse. (36)

## **B. Forces et limites de l'étude**

### **1. Limites**

Notre étude se confronte néanmoins à plusieurs limites. Un biais de sélection serait potentiellement source d'erreurs. En effet, notre étude n'a recruté que des patients volontaires pour exercer l'activité physique adaptée. Pour la majorité de nos patients, il n'y a eu aucun problème de motivation. L'échantillon n'inclut pas les patients ayant arrêté l'activité physique.

Par ailleurs, nous n'avons recruté que des patients en région urbaine ou semi urbaine, il aurait été intéressant de pouvoir inclure des patients en secteur rural.

Le manque d'expérience de l'investigateur en recherche qualitative, malgré ses efforts pour rester le plus neutre possible, aurait pu orienter l'échange avec le patient.

De plus, l'investigateur, étant interne en médecine générale, aurait pu influencer le discours des patients notamment sur les questions concernant son domaine professionnel.

L'absence de double codage des données a pu engendrer un biais d'analyse, ainsi une triangulation des données aurait permis de le limiter. Seule la double lecture des résultats et de leur interprétation par le directeur de thèse a permis d'augmenter leur validité.

### **2. Forces**

Notre étude porte sur le retour d'expériences de patients pratiquant l'activité physique adaptée, prescrite dans le cadre de loi de modernisation du système de santé de 2017, sujet d'actualité très peu exploré dans la littérature.

Plusieurs études sur la prescription d'APA par le médecin généraliste avaient déjà été réalisées. Or, seuls le point de vue des médecins généralistes et l'attente des patients suivis pour une maladie chronique, n'ayant

pas eu d'expérience d'APA, avaient été étudiés. A notre connaissance, en France, aucune recherche sur le vécu des patients pratiquant l'APA n'avait été réalisée jusqu'à maintenant.

En dépit de ses inconvénients, la recherche qualitative nous a permis de faire émerger de façon libre et spontanée le ressenti des patients face à une nouvelle pratique en médecine générale. Le choix des entretiens individuels semi dirigés nous paraissait la plus cohérente pour explorer le vécu d'un patient afin d'obtenir le plus d'informations personnelles possible.

Notre analyse a été réalisée à l'aide du logiciel N Vivo 12, un logiciel de référence pour l'analyse de données non structurées et qualitatives.

### **C. Conclusion et perspectives**

Cette étude présente l'expérience de personnes ayant participé à un programme d'activité physique adaptée. Les résultats montrent que l'activité physique dans ce cadre contribue au bien-être de ses pratiquants. La prescription médicale de cette activité, encore peu développée, est très bien acceptée par les patients mais la faible priorité accordée par les professionnels de santé à cette pratique se fait ressentir. Le corps médical se doit de développer cette pratique encore peu inscrite dans les mœurs. L'évaluation et le conseil concernant l'activité physique en vue d'une orientation vers des structures spécialisées devraient se systématiser en consultation. En effet, l'activité physique devrait être considérée par le corps médical comme une prévention aussi importante que les autres.

La formation médicale liée à la prévention de l'activité physique devrait être plus développée afin de sensibiliser le corps médical. Celle-ci pourrait s'appuyer sur les communautés professionnelles de santé (CPTS). La coordination de l'activité physique adaptée sur le territoire entre les différents acteurs pourrait être un projet à développer par les professionnels de santé afin d'élaborer un projet commun et obtenir par la suite les fonds nécessaires pour sa mise en place (financements par l'Agence Régionale de la Santé et les collectivités territoriales).

L'éducation thérapeutique serait un bon moyen pour pallier le manque de temps des professionnels de santé pour motiver la population. Le patient partenaire pourrait être un relais dans le cadre de l'éducation thérapeutique pour encourager les patients hésitants.

Le financement n'apparaît pas être le premier frein à la pratique de l'activité physique adaptée, d'une part par un coût considéré comme raisonnable et d'autre part par le remboursement par certaines mutuelles. Cependant, pour l'égalité à l'accès aux soins, un remboursement de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin est fortement souhaitable, en premier lieu par la généralisation du remboursement par toutes les mutuelles.

Le sport sur le lieu de travail pour les personnes actives est une piste encore à développer par les entreprises et pouvant faire évoluer les mentalités, et la culture pour démocratiser cette pratique bénéfique pour la santé.

Cette étude révèle des résultats très encourageants de la part des patients pour l'activité physique adaptée. Cependant, ces expériences ne peuvent pas être généralisées. Des études de plus grande ampleur pourraient être réalisées, pour évaluer l'observance des patients et mener une exploration de la durabilité des effets de la promotion de l'activité physique par le médecin.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. INSERM. Activité physique prévention et traitement des maladies chroniques [Internet]. EDP Sciences; 2019. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques>
2. ANSES. Actualisation des repères du PNNS. Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155-Ra.pdf>
3. Santé publique France. Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016.-volet-nutrition.-chapitre-corpulence>
4. Haute Autorité de santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. 2011. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement\\_de\\_la\\_prescription\\_de\\_therapeutiques\\_non\\_medicamenteuses\\_fiche\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_fiche_synthese.pdf)
5. Legifrance. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000031912641&categorieLien=id>
6. Azur Sport santé. Mon sport santé PACA. [Internet]. Disponible sur: <https://paca.sport.sante.fr/carte/#pratique>
7. Haute Autorité de santé. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide\\_aps\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf)
8. Institut français d'opinion publique. Les médecins généralistes et la prescription d'activités physiques [Internet]. 2015. Disponible sur: [https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/3187-1-study\\_file.pdf](https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/3187-1-study_file.pdf)
9. Barth N, Hupin D, Roche F, Celarier T, Bongue B. La prescription de l'activité physique adaptée chez le sujet âgé: de l'intention à la réalité. EM Consulte. 2017
10. Ryckembusch A, Terlain S. La prescription d'activité physique adaptée pour les patients en affection longue durée: qu'en pensent les médecins généralistes? [Thèse doctorat de médecine]. Faculté de médecine d'Angers; 2018.
11. Bily F. Prescription d'activité physique chez des patients atteints de facteurs de risque cardiovasculaire: enquête qualitative auprès des médecins généralistes des Alpes-Maritimes [Thèse doctorat de médecine]. Faculté de médecine de Nice; 2016.
12. Perwez T. Prescription de l'activité physique en médecine générale: point de vue des médecins généralistes en Picardie [Thèse doctorat de médecine]. Faculté de médecine d'Amiens; 2018.

13. Le site du sport sur ordonnance (page consultée le 16 avril 2020). [Internet]. Disponible sur: <https://sport-ordonnance.fr/assurances-et-mutuelles/>
14. Weber A, Herzog F, Lecocq J, Feltz A, Pradignac A. P057: « Sport-Santé sur ordonnance ». Évaluation du dispositif strasbourgeois. *Nutrition clinique et métabolisme*. 2014 Dec;28(Suppl 1):S97-S98
15. Bourriquen L. Attentes et intentions des patients suivis pour une maladie chronique devant la prescription d'activité physique par un médecin généraliste. Etude qualitative auprès de patients en Ille et Vilaine, et Morbihan. [Thèse doctorat de médecine]. Université de Rennes; 2019.
16. Stathi A, McKenna J, Fox KR. The experiences of older people participating in exercise referral schemes. *J R Soc Promot Health*. janv 2004
17. Bloy G, Moussard Philippon L, Rigal L. Les médecins généralistes et le conseil en activité physique adaptée: des évidences aux contingences de la consultation. *Santé Publique*. 2016;HS(S1):153-61.
18. Onerup A, Arvidsson D, Blomqvist Å. Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: a systematic review. *BMJ*. oct 2018
19. Vuori I, Lavie C, Blair S. Physical Activity Promotion in the Health Care System. *Mayo clin proc*. déc 2013
20. Pinto B, Goldstein M. Randomized Controlled Trial of Physical Activity Counseling for Older Primary Care Patients. *Am J Prev Med*. 2005
21. Sorensen J, Sorensen JB, Skowgaard T. Exercise on prescription: changes in physical activity and health-related quality of life in five Danish programmes. *Eur J Public Health*. janv 2010
22. Hamlin M, Yule E. Long-term effectiveness of the New Zealand Green Prescription primary health care exercise initiative. *J R Soc Promot Health*. juill 2016;
23. Orrow G, Kinmonth A-L. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. mars 2012;
24. Gérin C, Guillemot P. Enquête auprès des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique. *EM Consulte*. févr 2013;
25. Vallée E, Vastel E. Efficacité d'un conseil minimal abordant l'activité physique et délivré par les médecins généralistes lors d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance. Elsevier masson. juill 2017;
26. Racodon M, Peze T. Évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient sur l'activité physique, à distance d'une rééducation réadaptation cardiovasculaire. Elsevier masson. sept 2018;
27. Société francophone du diabète. Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur l'activité physique chez les patients avec un diabète de type 1 [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/pdpactivitephys\\_dt1.pdf](https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/pdpactivitephys_dt1.pdf)
28. Mazard M, Febvre D. De la pertinence des soins au patient partenaire [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-09/rencontre-regionale-certification-retour-d-experience-chu-nice.pdf>

29. Ryde G, Atkinson P, Stead M. Physical activity in paid work time for deskbased employees: a qualitative study of employers' and employees' perspectives. BMC. avr 2020
30. Ministère des sports. Sport en entreprise : le Gouvernement tient ses engagements [Internet]. sport.-gouv.fr. 2019. Disponible sur: <http://www.sports.gouv.fr/accueil-du-site/actualites/article/sport-en-entreprise-le-gouvernement-tient-ses-engagements>
31. Dishman R, Dejoy D, Wilson mark. Move to Improve A Randomized Workplace Trial to Increase Physical Activity. Am J Prev Med. Fevrier 2009
32. Conn V, Hafdahl A, Cooper P. Meta-Analysis of Workplace Physical Activity Interventions. Am J Prev Med. oct 2009
33. Hutchinson AD, Wilson C. Improving nutrition and physical activity in the workplace: a meta-analysis of intervention studies. HHealth Promot Int. juill 2011;27(2).
34. World Health Organization. Promoting physical activity in the health sector Current status and success stories from the European Union Member States of the WHO European Region [Internet]. 2018. Disponible sur: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/382337/fs-health-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/382337/fs-health-eng.pdf?ua=1)
35. Bailly L, Mossé P, Diagana S. "As du Coeur" study: a randomized controlled trial on quality of life impact and cost effectiveness of a physical activity program in patients with cardiovascular disease. BMC Cardiovascular Disorders. nov 2018;
36. Bauduer F, Vanz E, Guillet N. La prescription d'activité physique par le médecin traitant: l'expérience côte Basque Sport Santé. Santé publique. janv 2018;30:313-20.

# ANNEXES

## ANNEXE n°1

### Guide d'entretien semi-directif Version 1

#### ❖ Caractéristiques du patient

- Age
- Sexe
- Antécédents médicaux
- Pathologie ALD
- Profession
- Lieu de résidence
- Exercice physique antérieur (type, fréquence)

#### ❖ Axe 1: La représentation de l'activité physique

- Que représente une activité physique pour vous?  
*Relance:* Quels mots pouvez-vous y associer?
- Quelle place a-t-elle dans votre vie?  
*Relance:* Que vous apporte-t-elle?

#### ❖ Axe 2: Le parcours du patient

- Comment avez-vous connu le programme d'APA?
- Pouvez-vous nous raconter votre cheminement avant la première séance?
- Pouvez-vous me raconter une séance d'APA?

#### ❖ Axe 3: Les sources de motivation.

- Qu'est ce qui vous a motivé de faire une APA ?
- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer votre motivation à pratiquer une activité physique?
- Qu'attendez-vous de votre médecin traitant en terme d'activité physique?
- Que pensez vous de la prescription écrite d'APA? Quelle a été votre réaction?

#### ❖ Axe 4: Le ressenti du patient

- Que pensez-vous de l'APA?  
*Relance:* Quels sont les mots que vous pouvez y associer?  
Pouvez nous raconter ce que l'APA a modifié pour votre santé ? Dans votre vie?
- En quoi a-t-elle modifié votre représentation de l'activité physique?
- Quelles sont les difficultés et obstacles que vous avez rencontrés personnellement ?
- Quelles modifications permettraient de faciliter l'accès à une APA?

#### Conclusion

- Avez vous quelque chose à ajouter? Y a t il des sujets que nous n'avons pas abordé?

## ANNEXE n°2

**Guide d'entretien semi-directif****Version 2****❖ Caractéristiques du patient**

- Age
- Sexe
- Antécédents médicaux
- Pathologie ALD
- Profession
- Lieu de résidence
- Exercice physique antérieur (type, fréquence)

**❖ Axe 1: La représentation de l'activité physique**

- Que représente une activité physique pour vous?

*Relance:* Quels mots pouvez-vous y associer?

- Quelle place a-t-elle dans votre vie?

*Relance:* Que vous apporte-t-elle?

**❖ Axe 2: Le parcours du patient**

- Comment avez-vous connu le programme d'APA?
- Pouvez-vous nous raconter votre cheminement avant la première séance?
- Pouvez-vous me raconter une séance d'APA?

**❖ Axe 3: Les sources de motivation.**

- Qu'est ce qui vous a motivé de faire une APA ?
- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer votre motivation à pratiquer une activité physique?
- Qu'attendez-vous de votre médecin traitant en terme d'activité physique?
- Que pensez vous de la prescription écrite d'APA? Quelle a été votre réaction?
- Quelles étaient vos attentes de l'APA?  
En quoi a-t-elle été différente de vos attentes?

**❖ Axe 4: Le ressenti du patient**

- Que pensez-vous de l'APA?
- Relance:* Quels sont les mots que vous pouvez y associer?  
Pouvez nous raconter ce que l'APA a modifié pour votre santé ? Dans votre vie?
- En quoi a-t-elle modifié votre représentation de l'activité physique?
  - Quelles sont les difficultés et obstacles que vous avez rencontrés personnellement ?
  - Quelles modifications permettraient de faciliter l'accès à une APA?
  - Que pensez-vous du financement de l'APA?

**Conclusion**

- Avez vous quelque chose à ajouter? Y a t il des sujets que nous n'avons pas abordé?

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

# **RESUME**

## **INTRODUCTION**

La population française souffre d'une sédentarité élevée et d'un niveau d'activité physique faible ainsi que d'un accroissement des maladies chroniques dû à son vieillissement. L'activité physique réduit la mortalité et l'incidence de ces maladies. Suite à la loi de modernisation du système de santé de 2016, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée (APA) chez des patients relevant d'une affection longue durée. Ce travail explore le vécu des patients pratiquant une APA.

## **METHODE**

Une étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens individuels semi dirigés auprès de patients réalisant une APA dans le département des Alpes-Maritimes.

## **RESULTATS**

Quatorze patients ont participé à notre étude entre Septembre et Novembre 2019. Cette étude montre que les patients sont satisfaits de cette nouvelle pratique aux bénéfices physiques, psychologiques et sociaux indéniables. Mais cette intervention reste encore à développer notamment auprès des médecins qui orientent peu leurs patients. Des améliorations du système sont abordés par les patients : besoin d'accompagnement, développement du système en place, diffusion de l'information ainsi qu'un soutien financier équitable pour tous, considéré toutefois comme raisonnable.

## **CONCLUSION**

L'APA est très bien acceptée par les patients la pratiquant. Cependant les médecins généralistes orientent peu les patients, dépourvus de moyens et de formation initiale en matière d'activité physique. La promotion de l'activité physique suivi d'une orientation vers des structures spécifiques devrait se systématiser en consultation. Une approche motivationnelle, dans le cadre d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient, pourrait être développée pour les accompagner vers un changement de comportement. Le patient partenaire serait un relais dans le cadre de l'éducation thérapeutique pour encourager les patients hésitants. Un remboursement de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin est fortement souhaitable, la généralisation du remboursement par toutes les mutuelles serait un bon début.