



HAL
open science

Vécu des patients participant au dispositif “ bougez sur ordonnance ” : facteurs influençant leur adhésion et leur observance

Maud Jouanjean

► To cite this version:

Maud Jouanjean. Vécu des patients participant au dispositif “ bougez sur ordonnance ” : facteurs influençant leur adhésion et leur observance. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02974113

HAL Id: dumas-02974113

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02974113>

Submitted on 21 Oct 2020

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

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



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Maud JOUANJEAN

Le jeudi 19 avril 2018

TITRE

**« VECU DES PATIENTS PARTICIPANT AU DISPOSITIF « BOUGEZ SUR
ORDONNANCE » : FACTEURS INFLUENÇANT LEUR ADHESION ET LEUR
OBSERVANCE »**

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Michèle CUKIER.

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Maurice HAYOT

Madame le Docteur Béatrice LOGNOS

Madame le Docteur Michèle CUKIER

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Maud JOUANJEAN

Le jeudi 19 avril 2018

TITRE

**« VECU DES PATIENTS PARTICIPANT AU DISPOSITIF « BOUGEZ SUR
ORDONNANCE » : FACTEURS INFLUENÇANT LEUR ADHESION ET LEUR
OBSERVANCE »**

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Michèle CUKIER.

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Maurice HAYOT

Madame le Docteur Béatrice LOGNOS

Madame le Docteur Michèle CUKIER

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 CAILAR 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
ROCHFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean
Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
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
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
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 Stéfán -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^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

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

HILLAIRE-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^{re} 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^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie

BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

JEZORSKI 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

A Monsieur le Professeur AMOUYAL, merci de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur HAYOT, je vous remercie de l'intérêt porté à mon sujet et d'avoir accepté de faire partie de mon jury. J'espère que la vision des patients complètera celle des médecins prescripteurs que vous connaissez déjà.

A Madame le Docteur LOGNOS, merci de participer à la clôture de ce travail en ayant accepté de faire partie de mon jury.

A Patrice et Michèle, merci de m'avoir donné le gout pour la médecine générale, pour l'écoute et pour tout le temps que vous m'avez accordé pour me former et que vous continuez à m'offrir. Merci Michèle d'avoir accepté de diriger ma thèse et de m'avoir soutenu dans mon travail... Merci pour vos délicieux plats qui ne cessent de m'impressionner à chaque fois. Merci pour votre tolérance, votre ouverture d'esprit, votre sensibilité et enfin merci de m'avoir proposé de participer à ce super projet de MSP !

Au Docteur PAVAGEAU, merci d'avoir pris le temps de m'aiguiller sur ma trame d'entretien.

Aux patients participants au dispositif, merci de m'avoir permis de vous interroger et de vous être autant livrés pendant ces entretiens. Cela a été très instructif et m'a apporté beaucoup de réflexion sur l'abord de la pratique d'Activité Physique auprès de mes patients dans ma pratique de tous les jours. Ces entretiens ont été une réelle source d'espoir et de motivation pour poursuivre la promotion de l'AP.

Aux médecins Marie-Odile Philippon, Pascal Triouleyre, Catherine Modrin, Philippe Fournier, Laurent Beauvais, Sylvie Fabre, Amadou Konate qui m'ont tant appris lors de mes stages pendant mon cursus, leur sympathie, leur soutien et leur bienveillance. Cela m'a permis de poursuivre malgré tout.

A Christophe Martinez, sans qui mon travail n'aurait pu exister. Merci de ton investissement

dans mon travail et de ton aide pour organiser les entretiens. Merci de ton accueil si agréable dès le premier jour !

A mes amis :

Les potes de la Fac, Cricri, Mika, Jude, Hélène, Chachou, Guillaume P, Doudou, Lucie, Erwan, Antoine, Camille, Fab et Pauline, Aurore, Vio ... merci d'être toujours présents pour nos semaines annuelles au ski ou l'été ! On a vécu l'externat ensemble et malgré la distance on arrive à toujours être aussi proches et profiter de chacun pendant les semaines de vacances ou les WE, vivement les prochaines !

Hélène, merci pour ton amitié depuis l'externat, nos DU qui nous ont permis de nous voir entre Montpellier et Marseille, vive le gouda à la truffe, il n'y a que ça de vrai!!!

A le team Béziers chir', Pauline, Milhan, Célia merci pour votre bonne humeur malgré votre rythme de folie, merci pour les rires, les bons gâteaux partagés et les danses sur les tables !

Guigui style et Amélie, merci pour les soirées jeux de société à la maison ou dans les bars, j'espère vous voir de plus en plus malgré nos rythmes effrénés respectifs !

Vio, merci de me comprendre et de toujours autant rigoler quand on se voit, une nouvelle aventure canadienne t'attend, profite à fond ! Et n'oublie pas de revenir à Montpellier après bien sûr !! ;)

Nasta, merci ma petite Nasta pour ta tendresse et ta douceur. Je suis vraiment heureuse de pouvoir garder notre amitié intacte malgré la distance.

Manon, merci pour ta fausse nonchalance qui cache en fait ta sensibilité si touchante (je ne suis pas dupe même si je t'embête à dire le contraire), je t'attends toujours à Montpellier !!

Tellement contente de vous avoir rencontrées avec Nasta en ped...

Merci au groupe de Ped, Manon, Nasta, Mel, Amandine, Jean-Gab, Agnès, Juliette pour ces soirées filles (désolée Jean-Gab mais tu comptes comme une fille) Mel, merci de m'avoir donné

le plan de la danse, c'est tellement cool de se faire une activité ensemble, même si niveau grâce... ça laisse à désirer !

Mailys, merci pour ton accueil dès le premier jour, pour les nombreux rires entre 2 patients et pour toutes tes corrections !!! On va essayer de ne plus trop se faire marcher dessus, on se soutient hein !! Vivement la MSP.

Merci au groupe Scoop info Med, Lucie, Anne flore C, Mel, Anne-flore R, Marie B, Marine, Maeva, pour nos conversations si constructives et votre soutien dans ce métier si difficile !

Pierre, merci Pierrot pour ces années d'internat et celles qui suivent. Merci d'être toujours présent pour les bons comme pour les mauvais moments. Un petit nouvel an télé-cordon bleu-tisane ça te dit ?

Nari et Katy, merci pour nos longues discussions, nos rires et moqueries incessantes, pour cette amitié qui dure à distance...

Clément et Marion, merci pour votre amitié et nos nombreuses soirées déjantées inoubliables... On s'en souviendra pendant de nombreuses années encore ! J'espère que vous allez bien apprécier votre nouvelle vie à Carca' mais j'en doute pas trop ! J'espère que nous resterons toujours aussi proches malgré la distance... C'est parti pour le concours des kilos Marion !!!

Pauline et Yannik, merci pour votre calme et votre gentillesse qui peut se déchaîner lors de 30 ans improvisés, vous avez donné de votre personne, on remet ça !

Adrien, merci pour ton soutien dans tous ces stages, ton calme, ton absence de jugement quelque soit la situation et de t'être fait passé pour mon chef dans les moments critiques !

Delphine, merci pour ce semestre à Béziers et pour tous ces moments passés depuis. Merci de nous faire profiter de la petite bout de chou Alice dès que l'on peut se libérer !

Pauline A, merci pour ces 6 mois de colloc et les nombreuses heures passées sur le canapé le dimanche... Merci pour ta douceur et tes avis toujours au top !

Nathaloch, merci pour tes conseils avisés en botanique et menuiserie. Je garde un souvenir incroyable de tes réveils tardifs en peignoir à la colloc.

Hugo, merci d'être souvent notre 3^{ème} luron toujours motivé pour les soirées quelque soit l'heure, merci de nous faire toujours autant rire en soirée !

Léa F, merci pour ton amitié, nos p'tits verres entre filles et nos 10 000 staffs téléphoniques depuis le début des rempla ! Clairement on va monter un business, t'es sûre que tu ne veux pas venir t'installer à Vauvert ?? ☺

Fabinounet, merci pour nos fous rires et nos danses endiablées depuis l'externat ! Quand on se revoit c'est toujours aussi simple, sincère et vivifiant, vivement un prochain ski de fond !

Clément R., merci petit écureuil trop attentionné ! Merci de ne pas avoir craqué avec mes 10 000 questions et merci pour tes remarques toujours constructives. Tu as de nombreuses flèches à ton arc, ton humour, ta rigueur, ton attention et surtout ta rousseur fera de toi un chef de service inégalé, je ne me fais pas de soucis ! Ma seule peine est que tu sois si loin mais cela ne semble pas altérer notre amitié donc no problemo !!!

Anne-Flore, merci pour ta gentillesse et ces supers moments d'internats, de mariage et les futurs évènements trop choupinoux qui s'annoncent.

Anne-Flore C, merci pour ton soutien lors d'un stage compliqué à gérer alors que pour toi aussi c'était la m.... ☺

Maeva, merci ma coupiiiiineeeee !!!!! Ta joie de vivre, ta pêche, ton humour et surtout ton soutien sans faille font de toi une amie en or. Tout a débuté par une maison et une souris et je suis contente que notre amitié grandisse de jour en jour ! Et tu as le bureau médical le plus stylé de France by the way ! ;)

Manu, merci pour ta gentillesse avec moi, tes petites soupes lors de désespoir en garde... finalement t'es peut-être un peu émotif ? ;)

Caillou, merci pour toutes ces années depuis la maternelle, rien ne bouge, on tient bon !

Léa D., merci d'être mon amie et mon double depuis le lycée. Même de Dubaï tu restes un soutien et une écoute infaillible. On peut tout se dire et ça, c'est précieux...

Ma petite et belle Sanaa, merci pour ces années d'externat incroyables à discuter à n'en plus finir au point de se tromper de RER. Tu es une maman incroyable et garde-le bien en tête.

A ma famille ou tout comme...

A ma belle Famille, merci de m'avoir accueillie aussi chaleureusement, merci de nous soutenir dans nos choix et d'être toujours aussi positifs.

Nono, merci d'être mon frère adoré, tu es loin et pourtant plus que présent à mes côtés depuis toujours. Je suis fière de toi et de tes capacités physiques inégalées ! Merci d'être aussi sensible que moi, au moins on pleure à deux ! You are the IRON MAN !

Laure, comme je l'ai dit un jour en soirée « tu es ma moitié ». Je vois déjà ta tête en lisant ça « Pfff n'importe quoi !!!!! » 29 ans que l'on est inséparables malgré de nombreuses disputes (qui durent 5 min) mais tellement de fous rires. Je pense que l'on se connaît parfaitement et je n'ai pas besoin d'en dire plus. Ah oui, et n'oublie pas que t'es géniale...

Maman, merci d'être toujours là pour moi quoi qu'il arrive. De m'accepter avec mes défauts et mes qualités, de m'avoir appris à être spontanée, riieuse et exigeante à la fois. Tu nous as élevés toute seule mais avec tant de force, j'espère en avoir autant pour mes enfants. Il n'y a aucun tabou entre nous, pourtant notre pudeur nous empêche de nous faire des déclarations d'amour. J'espère que tu sais au fond de toi à quel point nous sommes tous les 3 tellement fiers d'avoir une Maman comme toi.

Papa, j'aurai aimé que tu sois là pour tous ces moments si importants mais merci de m'avoir permis de les vivre !

Anne, ma toulousaine et belle-sœur préférée !!! Que dire que dire... Merci d'être si tolérante, calme et drôle. On n'aurait pas pu rêver mieux comme belle-sœur et comme le dit tous les

commerçants quand on fait les boutiques, tu es un peu la ^{3ème} fille de la famille ! Vivement votre retour ;)

Bibou et Polo, merci pour vos « bébé thérapies » qui m'ont permis à plusieurs reprises de surmonter des passages difficiles et pour qui je craque toujours autant !!!

François, merci pour tout : les fous rires, les chants « vois sur ton chemiiiiinnnnnnnnn !!!! » les nombreux avis garagistes, impôts, devis et j'en passe. Tu es notre MacGyver à nous !

Nico L, merci d'être l'ami d'Arnaud et du coup mon ami maintenant. Ta solidité physique et mentale m'impressionnera toujours... Alors tu préfères être dans les amis ou la famille ?? ☺

Merci à toute ma grande famille, oncles, tantes, cousins et Mamie, comme on dit chez nous « la famille c'est important ! » La Vendée restera toujours mon endroit de décompression préférée...

Antoine, mon ami, mon confident, mon amoureux... merci d'être à mes côtés depuis 9 ans, merci pour ta générosité, ta tolérance et tes « good vibes ». De supers projets en perspective ensemble... Que demander de plus ?

SOMMAIRE

INTRODUCTION	- 1 -
I. Avant-propos	- 1 -
II. Définitions et Recommandations	- 3 -
1. La santé	- 3 -
2. L'activité physique (AP), inactivité physique et sédentarité.....	- 3 -
3. Le sport	- 4 -
4. Activité physique adaptée.....	- 4 -
5. Les recommandations actuelles.....	- 4 -
III. Une population mondiale malgré tout trop sédentaire	- 7 -
IV. Prescrire l'activité physique : un enjeu de santé publique	- 8 -
1. L'exemple du dispositif strasbourgeois : « Sport-santé sur ordonnance »	- 8 -
a) Présentation du dispositif	- 8 -
b) Evaluation du dispositif.....	- 9 -
2. « Bougez sur ordonnance » : projet pilote de Nîmes	- 10 -
a) Les acteurs	- 10 -
b) La population	- 11 -
c) Son fonctionnement	- 13 -
d) Son évaluation	- 15 -
MATERIEL et METHODE	- 17 -
I. Type d'étude	- 17 -
1. Population étudiée.....	- 17 -
2. Modalité de recrutement des participants	- 17 -
3. Taille de l'échantillon.....	- 18 -
II. Méthode de recueil des données	- 18 -
1. Le guide d'entretien	- 18 -
2. Déroulement des entretiens	- 18 -
III. Méthode d'analyse	- 19 -
RESULTATS et ANALYSE	- 21 -
I. Description des entretiens	- 21 -
II. Données socio-démographiques de la population étudiée	- 22 -
1. Un sentiment de peur global	- 24 -
a) Une mésestime de soi générale avec un sentiment d'être incapable.....	- 24 -
b) Peur du jugement d'autrui.....	- 24 -
c) Peur de la douleur provoquée par l'activité physique non adaptée	- 25 -
d) Peur d'un programme inadapté.....	- 25 -
2. Conditions physiques et psychiques dégradées vécues comme des obstacles.....	- 26 -
3. Des freins culturels et des idées reçues	- 27 -
a) Une absence de plaisir	- 27 -
b) Absence d'éducation familiale de l'importance de la pratique.....	- 27 -
c) L'activité physique n'était pas une priorité	- 28 -
d) La mixité culturelle comme obstacle à la pratique, exemple du port du voile	- 28 -
4. Un manque d'information individuelle	- 30 -
a) Absence de consultation dédiée à la promotion de l'activité physique.....	- 30 -
b) Promotion du dispositif peu suivi par les professionnels de santé.....	- 31 -
c) Isolement au sein du quartier avec absence de connaissance des infrastructures disponibles	- 31 -
IV. Facteurs favorisant l'adhésion et l'observance au dispositif.	- 33 -
1. Les conditions physiques et psychiques du patient	- 34 -
a) Un handicap physique et psychologique au quotidien insupportable : nécessité d'action	- 34 -
b) Annonce diagnostique: une prise de conscience et peur de l'avenir.....	- 35 -
c) L'attrait pour le sport : une aide à l'adhésion.....	- 36 -
2. Un fonctionnement du dispositif efficace et apprécié.....	- 37 -
a) Un accueil bienveillant et tolérant	- 37 -
b) L'encadrement	- 37 -

c)	Une pratique adaptée grâce à l'enseignant en activité physique adapté (EApA)	- 39 -
d)	Le groupe : une dynamique et une sécurité	- 39 -
e)	Une population ciblée : sentiment d'être concerné	- 40 -
f)	Une promotion du dispositif avec de multiples relais de communication auprès des personnes et une facilité d'accès à cette action.....	- 40 -
g)	Un système d'évaluation initiale / finale et au quotidien	- 41 -
h)	Activités proposées diversifiées et choix de la marche comme activité principale apprécié	- 42 -
i)	Gratuité du dispositif	- 43 -
j)	L'AP abordée comme un loisir.....	- 43 -
3.	L'activité physique : un moyen thérapeutique efficace	- 45 -
a)	Echec des tentatives thérapeutiques antérieures.....	- 45 -
b)	L'AP : un moyen thérapeutique prévisible	- 45 -
c)	L'AP sur prescription : une sécurité.....	- 46 -
d)	Malgré des difficultés à l'initiation.....	- 46 -
e)	Prise de conscience des bienfaits ressentis rapidement.....	- 47 -
f)	Un médicament en soi : diminution ou arrêt des thérapeutiques médicamenteuses	- 49 -
g)	L'AP devient un besoin	- 50 -
h)	Des bénéfices secondaires : élargis à la sphère familiale.....	- 50 -
i)	Des bénéfices secondaires : modification des habitudes alimentaires.....	- 50 -
4.	Un apport socio-culturel évident	- 53 -
a)	Un moyen de se sociabiliser	- 53 -
b)	La mixité sociale : partage et intégration.....	- 53 -
c)	Découverte de nouveaux lieux et nouvelles activités.....	- 54 -
5.	Un projet de vie.....	- 56 -
V.	Leur point de vue sur l'avenir du dispositif	- 58 -
DISCUSSION	- 59 -	
I.	Les résultats principaux.....	- 59 -
II.	Forces et faiblesses de l'étude	- 60 -
1.	Forces de l'étude	- 60 -
2.	Limites de l'étude	- 61 -
a)	Limites liées à la population étudiée	- 61 -
b)	Biais de Variabilité.....	- 62 -
III.	Comparaison à la littérature.....	- 62 -
1.	Un apport thérapeutique évident	- 62 -
2.	Un apport socio-culturel : intégration et dynamique de groupe	- 63 -
3.	Un fonctionnement du dispositif efficace.....	- 64 -
a)	Promotion et accessibilité du dispositif efficaces	- 64 -
b)	Un encadrement pour une pratique adaptée : le rôle clé de l'EApA	- 65 -
c)	La prescription : un moyen efficace d'augmenter sa pratique.....	- 66 -
d)	Des objectifs favorisés par des outils didactiques	- 67 -
e)	La gratuité : un élément décisif ?.....	- 69 -
f)	La notion de plaisir indispensable	- 70 -
4.	Les freins à la pratique	- 71 -
a)	Le renforcement positif : 1 ^{ère} étape motivationnelle	- 71 -
b)	Prise en charge de la douleur	- 72 -
c)	Des conditions physiques trop dégradées pour pratiquer ?	- 72 -
d)	Des freins culturels... Importance de l'éducation sportive dès le plus jeune âge	- 73 -
e)	Une faible promotion du dispositif et de l'AP par les professionnels de santé ?	- 74 -
5.	Un projet de vie.....	- 75 -
IV.	Les perspectives	- 77 -
1.	Une généralisation de « l'activité physique sur ordonnance » à l'ensemble du territoire français	- 77 -
2.	Dans l'attente d'une généralisation : une consultation dédiée ?	- 77 -
3.	Les projets à venir...	- 78 -
CONCLUSION	- 80 -	

LEXIQUE	- 82 -
BIBLIOGRAPHIE	- 83 -
ANNEXES	- 89 -
PERMIS D'IMPRIMER.....	- 99 -
RESUME	- 100 -

INTRODUCTION

I. Avant-propos

Les bénéfices de l'activité physique régulière sur la prévention primaire, secondaire ou tertiaire sont aujourd'hui certains et démontrés dans de nombreuses études. En 2008, un rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm) ainsi que de nombreuses autres études ont montré que pratiquer une activité physique régulière et adaptée apportait un bénéfice global sur la santé (bien-être psychologique et qualité de vie), ainsi que sur les maladies chroniques (HTA, cardiopathie coronarienne, cancer, diabète, obésité, dépression...) (1)(2) (3) (4)

Or, selon plusieurs rapports, l'activité physique de la population mondiale reste insuffisante et bien en dessous des recommandations internationales. En effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2010, un adulte sur quatre manquait d'exercice et 81% des adolescents de 11 à 17 ans n'étaient pas assez actifs. La sédentarité est considérée comme l'un des dix facteurs de risque de mortalité dans le monde. (5)

C'est pourquoi depuis plusieurs années, les politiques et les acteurs de santé cherchent à promouvoir, par divers moyens, la pratique de l'activité physique quotidienne non seulement à visée curative mais aussi préventive.

Une expérimentation a alors vu le jour en 2012 dans la ville de Strasbourg : « Sport-Santé sur ordonnance ». Les patients bénéficiaient de séances d'activités physiques encadrées, adaptées et prises en charge à 100 % suite à la réalisation d'une ordonnance rédigée par un médecin généraliste participant au projet. L'objectif principal était de favoriser la pratique d'une activité physique régulière, modérée et adaptée à l'état de santé des malades chroniques dans une optique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.(6)

Suite à cette expérimentation, le décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 prévoit, selon l'article L.1172-1 du Code de santé publique , que « dans le cadre du parcours de soins

des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient ». (7) Cet article est entré en vigueur le 1 mars 2017.

Depuis 2012, ce type de projet s'est donc généralisé et continue d'être testé dans toute la France, et notamment dans la ville de Nîmes dont le dispositif se nomme « Bougez sur ordonnance ».

Jusqu'ici les différentes thèses réalisées sur ce sujet s'attachaient à l'opinion des médecins prescripteurs ou à l'évaluation quantitative des bénéfices physiques et moraux obtenus par les patients.

Pour promouvoir l'activité physique dans la population française, il nous a semblé intéressant de s'interroger sur le vécu des patients participant à ces projets et notamment de comprendre les facteurs influençant leur adhésion et observance, et leurs freins.

Nous avons donc réalisé une étude qualitative observationnelle auprès des patients participant au projet. L'objectif était de les interroger sur leur ressenti afin de dégager les différents facteurs favorisant ou desservant l'adhésion au dispositif « Bougez sur ordonnance ».

II. Définitions et Recommandations

Quelques petits rappels de définitions et des recommandations en vigueur sont indispensables.

Nous allons énoncer dans un premier temps les différentes définitions et recommandations de la santé, de l'activité physique (AP), de l'inactivité physique, de la sédentarité, de l'activité physique adaptée (Apa) et de celle du sport.

1. La santé

Selon la définition de l'OMS, la santé est « un état de bien-être physique , mental et social , et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (8)

2. L'activité physique (AP), inactivité physique et sédentarité

L'activité physique est définie par « **toute force exercée par les muscles squelettiques qui entraîne une dépense d'énergie supérieure à celle du niveau de repos** ».

Cela englobe donc non seulement ce que l'on nomme communément le « sport » mais aussi tous les mouvements de la vie quotidienne, notamment les tâches ménagères, le jardinage, le bricolage, les déplacements actifs.(1)

On distingue 5 grandes catégories d'AP en fonction de leur intensité estimée en MET (Metabolic Equivalent Task : unité indexant la dépense énergétique lors de la tâche considérée sur la dépense énergétique de repos) qui sont détaillées dans le Programme National Nutrition Santé (PNNS) de février 2016 (2) :

- activité sédentaire < 1,6 MET
- 1,6 MET ≤ activités de faible intensité < 3 MET
- 3 MET ≤ activités d'intensité modérée < 6 MET
- 6 MET ≤ activités d'intensité élevée < 9 MET
- activités d'intensité très élevée ≥ 9MET »

L'inactivité physique est définie comme un niveau d'AP en deçà du seuil recommandé par l'OMS en 2010.

On parle de **sédentarité** lorsque la dépense énergétique est faible en position assise ou allongée, soit inférieure à 1,6 MET.

3. Le sport

Le sport est défini comme avant tout « une situation motrice (ce critère éliminant les jeux non moteurs tels les échecs par exemple) ; cette tâche motrice est assujettie à des règles définissant une compétition (traits rejetant les activités libres et improvisées) ; enfin, et c'est là que gît une grande part de son identité sociologique, le sport est un fait institutionnel (trait excluant l'immense cohorte des jeux non reconnus par les instances officielles). **Le sport représente donc la motricité ludique et compétitive approuvée par l'institution** ».(9)

Autres définitions du sport : « Toute activité physique régulière dont le principal but ou le seul but est la pratique corporelle » (Enquête INSEE, 1986).

4. Activité physique adaptée

L'activité physique adaptée (Apa) est une discipline universitaire, présente en France depuis plus de 25 ans à laquelle sont formés des Enseignants en Apa (EApa).

Selon la Société Française des professionnels en Activité physique adaptée (SFP-Apa, 2010), les Apa sont dispensées à des personnes en **difficulté sociale , à des fins de prévention, de réinsertion, d'éducation et/ou de participation sociale**.(10)

Le référentiel d'activité et de compétences de l'enseignant en Activité physique adaptée reprend l'article A.212-1 du Code du Sport de 2004 décrivant un « encadrement des activités physiques ou sportives à destination de différents publics dans une perspective de prévention-santé ou de réadaptation ou d'intégration de personne présentant l'altération d'une fonction physique ou psychique ».(11)

5. Les recommandations actuelles

Pour améliorer l'endurance cardio-respiratoire, l'état osseux et la force musculaire et réduire le risque de maladie non transmissible et de dépression, on retient comme

recommandation OMS 2010 : (12)

- pour les moins de 5 ans : au moins 3h d'AP / jour, soit 15min/h pour 12 heures d'éveil
- pour les 5 à 17 ans : 60 minutes/j d'intensité modérée à forte et au moins 3 fois par semaine des activités renforçant muscles et os
- pour les ≥ 18 ans : au minimum 30 minutes d'AP d'intensité modérée 5 fois par semaine (soit 2h30) ou 75 minutes hebdomadaire d'activité physique intense

A cela doivent s'ajouter ou se combiner des séances de renforcement musculaire (1 à 2 fois par semaine) ainsi que des exercices d'assouplissements et de mobilité articulaire 2 à 3 fois par semaine.

Un bienfait supplémentaire, en termes de santé, est noté au-delà de 5h d'AP par semaine.

Il est recommandé de **réduire le temps total quotidien passé en position assise ou allongée et d'interrompre ces périodes au moins toutes les 90 à 120 min par une AP de quelques minutes type marche à pied.**

L'Agence française de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) a été saisie le 5 avril 2012 par la Direction Générale de la Santé (DGS) afin d'actualiser les repères nutritionnels du Programme National Nutrition Santé (PNNS).

Ce dernier a été mis en place en 2001 et a été reconduit deux fois : PNNS 2006-2010, PNNS 2011-2015.

Il vise à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur la nutrition et l'activité physique. L'objectif étant de proposer des repères à la population générale en terme notamment d'activité physique dans une action de prévention primaire.

Tableau 1. Exemples d'AP sollicitant l'aptitude cardio respiratoire selon le contexte de pratique et l'intensité. Source Anses PNNS février 2016 (2) et recommandations OMS.

AP cardio-respiratoire			
30 min d'intensité modérée à élevée			
Au moins 5 jours par semaine – en évitant de rester 2 jours consécutifs sans pratiquer			
Intensité	Repères d'intensité	Activités de la vie quotidienne	AP de loisirs
Modérée (3-6 MET)	Essoufflement modéré, conversation possible Transpiration modérée Echelle de pénibilité de l'OMS (5 à 6 sur 10) 55 à 70 % de FCmax	Marche à 5-6,5 km/h Montée d'escaliers à vitesse lente Jardiner, bricoler Faire le ménage Sortir son chien	Nage Vélo à 15km/h
Elevée (>6 MET) au moins 75 min/ semaine	Essoufflement marqué, Conversation difficile ; Transpiration abondante ; Echelle de pénibilité de l'OMS (7 à 8 sur 10) ; 70 à 90 % de FC max	Marche rapide supérieure à 6,5 km/h Montée d'escalier à vitesse rapide Soulever charge >20 kg	Course à pied 8-9 km/h Vélo à 20km/h Sport d'équipe (volleyball, football, hockey, basketball)

La fréquence cardiaque maximale (FC max) est égale à 220-âge.

On entend souvent parler d'objectif de 10 000 pas/jour. Cet objectif approximatif est tiré de conclusions de certains auteurs et sociétés scientifiques qui ont tenté de convertir les re-

commandations OMS en termes de nombre de pas / jour afin de faciliter le suivi de l'activité physique par la population générale.(13) Ils concluent, en effet, aux recommandations suivantes : **une personne en bonne santé devrait marcher en moyenne 7000 à 11 000 pas/jour et une personne âgée ou limitée 7000 à 8000 pas par jour.(14)(15)** La cadence du pas (nombre de pas par minute) permet d'évaluer l'intensité de l'activité physique : une cadence inférieure à 20 pas/min équivaut au repos, des cadences d'en moyenne 100 et 130 pas/min correspondent respectivement à des intensités modérée et vigoureuse. (13)(14)

III. Une population mondiale malgré tout trop sédentaire

Malgré des recommandations précises et renouvelées fréquemment, on constate par de nombreuses études que la population reste toujours trop sédentaire.

Selon l'enquête réalisée par OpinionWay et l'IRMES (Institut de recherche biomédicale et d'épidémiologie du sport) en 2016 pour Attitude prévention (16) sur 5 ans, le niveau d'activité physique des Français ne progresse pas, que ce soit en nombre de pas ou en pratique sportive.

52 % des Français ne pratiquent pas d'activité physique ou sportive et 76 % des Français font moins de 10 000 pas par jour.

De même l'OMS rappelle en 2017 que les personnes ayant une activité physique insuffisante ont un **risque de décès majoré de 20 à 30 %** par rapport à celles qui sont suffisamment actives.

Au plan mondial , 23 % des adultes de 18 ans et plus n'étaient pas suffisamment actifs en 2010 (hommes 20% et femmes 27%)(5)

Le rapport d'expertise collective de février 2016 rédigé par l'ANSES relève **que les adultes passent quotidiennement 3h20 à 4h40 assis devant un écran.(2)**

C'est pourquoi des politiques et des plans ont été mis en place jusqu'ici dans de nombreux pays (80 % des Etats Membres de l'OMS) afin de lutter contre la sédentarité mais ne sont malheureusement pas tous opérationnels.

Le rôle du médecin dans la promotion de l'activité physique est remis en avant et de nombreux programmes sont développés afin de faciliter son action auprès des patients.

On retrouve notamment différents programmes tels que :

- **le programme PAPERICA** (Physical Activity Promotion In Primary CARE) mis en place par l'Institut Universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne en Suisse.(17) Il propose une formation continue au conseil en activité physique, des manuels de référence pour les médecins ainsi que des brochures pour les patients avec des outils didactiques.
- **Kino-Québec** au Canada(18), « L'exercice : un médicament », développé par l'association des médecins du sport et de l'exercice(19).
- **Green prescription programm** en Nouvelle-Zélande (20) : le médecin généraliste, à l'aide d'une prescription sur formulaire spécifique, adresse le patient vers des centres de loisirs où il réalise de l'AP dans un cadre supervisé. Un suivi téléphonique d'au minimum 3 appels est assuré par le dispositif.
- **Let's get moving** au Royaume Uni (21).

IV. Prescrire l'activité physique : un enjeu de santé publique

1. L'exemple du dispositif strasbourgeois : « Sport-santé sur ordonnance »

a) *Présentation du dispositif*

Devant l'évidence des bénéfices d'une activité physique régulière et adaptée sur un nombre important de pathologies (l'OMS 2006 (1) et l'INSERM 2008 (22)), l'AP apparaît alors comme une prescription à part entière indispensable dans la prise en charge globale des patients.

Il s'agit d'une **prescription non médicamenteuse** qui est définie par l'HAS en 2011 comme une thérapeutique « nécessitant une participation active du patient en interaction ou non avec un professionnel spécialisé et faisant l'objet de recommandations de bonnes pratiques dont la validité est reconnue en France ».(23)

Le rapport de l'HAS en 2011 sur le surpoids et l'obésité (24) ainsi que son guide de parcours de soin des diabètes de type 2 en mars 2014 (4) insistent sur l'intérêt d'organiser l'intégration des services sanitaires et sociaux au niveau des territoires de santé pour éviter un

retard de prise en charge ou une aggravation de ces pathologies.

La revue de la littérature qui a été réalisée dans ce dernier rapport montre un écart important entre les recommandations de bonnes pratiques et les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses.

C'est dans ce contexte qu'un nouveau dispositif est mis en place depuis novembre 2012 dans la ville de Strasbourg dans un enjeu de santé publique : « Sport-santé sur ordonnance » (25).

Dans le cadre du contrat local de santé, ce dispositif a pour objectif de favoriser la pratique de l'activité physique régulière et adaptée chez les malades chroniques.

Le patient, muni de son ordonnance (réalisée par son médecin traitant) prend contact avec l'équipe sport-santé dédiée au dispositif.

Un programme d'activité physique adaptée est ensuite réalisé avec un éducateur sportif.

Les activités proposées sont diverses (vélo, natation, aquagym, gymnastique, marche nordique ou en groupe, aviron, fitness ou pratiques douces).

Les pathologies concernées sont : obésité, diabète de type 2 non insulino-dépendant, maladies cardio-vasculaires stabilisées, cancer du sein et du colon en rémission depuis 6 mois, VIH/SIDA, prévention du risque de chutes chez les personnes âgées fragilisées.

La durée de participation maximale est de 3 ans.

La première année est totalement prise en charge financièrement par différents partenaires, puis la 2^{ème} et la 3^{ème} année une participation financière est demandée en fonction du coefficient familial (20, 50 ou 100 euros).

L'objectif principal est de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

b) Evaluation du dispositif

Ce dispositif a donné lieu à plusieurs évaluations et les résultats sont positifs.

Ainsi, entre 0 et 6 mois d'activités physiques, les bénéfices des patients, évalués en termes de scores d'activité physique, de qualité de vie et de capacité au test de marche de 6 minutes sont incontestables comme le montre la thèse de Florent Herzog en 2014. (26) Cette étude a été poursuivie 1 an pour évaluer les bénéfices à long terme. La perte de poids est restée stable à 2 kg, on retrouve une amélioration du niveau d'activité physique ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie mais non significative. Cette étude quantitative de Anne Weber montre l'importance des bénéfices jusqu'à 6 mois puis un ralentissement de la croissance du gain et son maintien par rapport aux scores initiaux.(27)

2. « Bougez sur ordonnance » : projet pilote de Nîmes

a) *Les acteurs*

L'efficacité et la réussite de cette initiative a incité les politiques à se mobiliser sur ce sujet.

Un nouveau décret a été publié le 31 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 » (7) facilitant la mise en place de nouveaux projets partout en France.

Ainsi sur le modèle strasbourgeois, de nombreux projets pilotes ont été testés dans l'ensemble de la France :

- Biarritz avec « Activité physique sur ordonnance »
- Blagnac avec « Sport sur ordonnance »
- Chambéry avec « Bougez sur prescription »
- Rennes avec « Sport santé sur ordonnance »

En particulier, c'est aussi le cas dans la ville de Nîmes en mars 2017.

Le dispositif se nomme « Bougez sur ordonnance » et est porté par la Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale du Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées (DRJSCS-LR MP).

Il s'appuie sur les Directions Départementales de la Cohésion Sociale (DDCS), les villes et les associations proposant de l'activité physique et sportive pour formaliser la mise en place

d'actions concrètes sur le terrain.

Les acteurs sont N2S (association Nîmes Sport Santé), la DRJSCS et la DDCS, les professionnels de santé, le Comité départemental d'éducation pour la santé du Gard (CODES 30), l'Agence régionale de santé (ARS), la ville de Nîmes, Nîmes Métropole, le Conseil départemental, et le Centre Socio- Culturel et Sportif Simone Veil (CSCS).

L'objectif du dispositif est de **promouvoir l'activité physique en incluant prévention, coordination des acteurs de santé, prescription, accompagnement, suivi et coaching individualisé.**

b) La population

Au vu des besoins identifiés sur la ville de Nîmes, ville ayant reçu le label Ville Vivez-bougez, il a été décidé d'axer le dispositif sur le **quartier prioritaire Pissevin-Valdegour** (anciennement appelé ZUS Nord et ZUS Sud de Nîmes). Nous garderons par la suite l'appellation ZUS (Zone urbaine sensible) pour nommer ces quartiers. (Annexe 1)

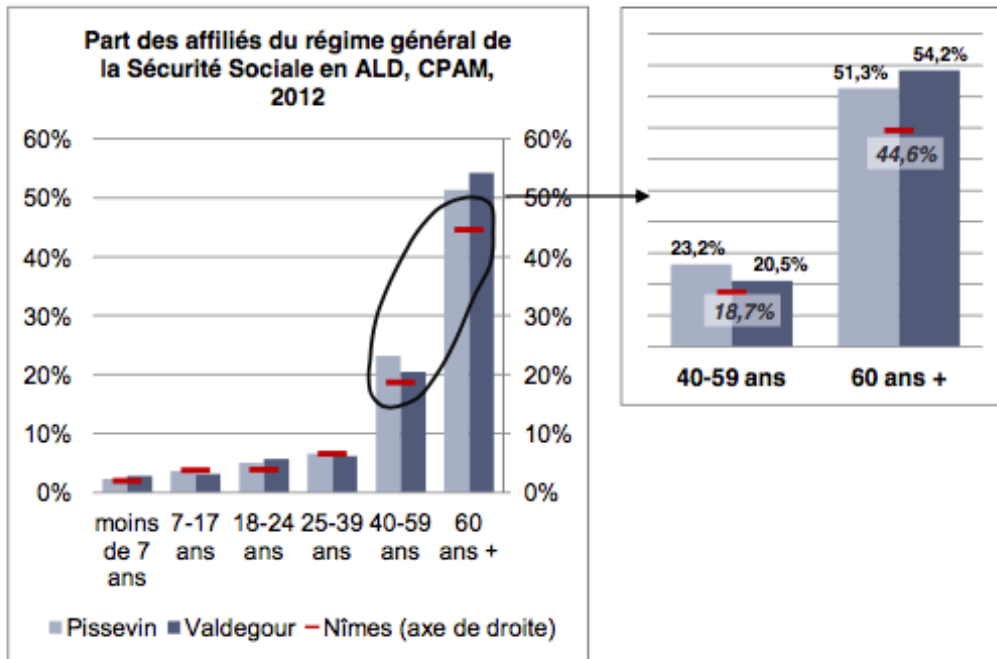
Le diagnostic local de santé réalisé en 2013 montre l'état de santé particulièrement précaire de la population de ce quartier et nous en décrit ses caractéristiques.(28)

Ainsi, « pour l'ensemble de la ZUS, l'âge moyen du décès est de 70,65 ans contre 74,7 ans pour Nîmes et 74,1 ans pour le département. La part des décès prématurés repérés sur Valdegour explique ce constat, puisque **30,8 % des décès ont lieu avant 60 ans.** »

De même, on constate une forte prévalence du diabète avec, selon les chiffres de la CPAM30 en 2012, à partir de 60 ans, **1 affilié à la CPAM30 sur 4 diabétique dans le quartier Pissevin-Valdegour contre 1 sur 6 à Nîmes.**

La part des affiliés à la Couverture Médicale Universelle Complémentaire (CMU-C) qui nous donne un bon indicateur de couverture et de précarité puisqu'elle est conditionnée par un plafond de ressources, nous informe qu'**en 2015 près de la moitié de la population de la ZUS bénéficie de la CMU-C (53,5%) contre 1 personne sur 5 si on considère la population totale de Nîmes (22,6%)** (29).

Le taux de patients répondant aux critères d'affections longue durée (ALD) est aussi nettement plus élevé dans la ZUS comparativement aux taux retrouvés sur l'ensemble de la ville de Nîmes, comme le montre le diagramme ci-dessous.



Source : Diagnostic local de santé de la zone urbaine sensible : ZUS PISSEVIN, VALDEGOUR NIMES (28)

Enfin, la particularité de la population de ce quartier est la **part importante de population étrangère (23,4% contre 8,3% pour la ville de Nîmes) et immigrée (31,2%)**. Les habitants d'origine étrangère sont principalement des populations issues du Maghreb (Maroc, Algérie et Tunisie), de l'océan Indien (Comores et Mayotte) et de Tchétchénie.

La population ciblée pour participer au dispositif sont les patients diabétiques, obèses (IMC>30) ou ayant des pathologies cardio-vasculaires stabilisées.

c) *Son fonctionnement*

Le fonctionnement du dispositif s'appuie sur 4 grandes étapes :



Le patient muni de son ordonnance rédigée par le médecin traitant (Annexe 2) prend contact avec l'association sportive N2S.

Un premier entretien entre l'Enseignant en ApA (EApA) et le patient permet d'évaluer sa motivation, son niveau d'activité physique hebdomadaire et sa condition physique par différents tests (test de marche de 6 min, relevé de chaise et souplesse, poids, taille)

Les patients bénéficient de **8 semaines d'activité physique à la fréquence d'une fois par semaine** et encadrée par un **enseignant en activité physique adaptée**. Ces séances se déroulent en petit groupe pour un suivi individualisé.

L'activité physique proposée est la pratique de la **marche nordique** associant renforcement musculaire, exercices d'assouplissement et endurance.

Entre 2 séances, le patient a en sa possession un **carnet de suivi** dans lequel des exemples d'exercices sont donnés afin de les réaliser de manière autonome, et une grille d'annotation doit être remplie par le patient lui-même pour indiquer le temps et l'intensité d'AP réalisée chaque jour. (Annexe 3).

Enfin, un **bilan des conditions physiques à la fin du programme** est réalisé ainsi qu'un **entretien individuel évaluant son vécu**.

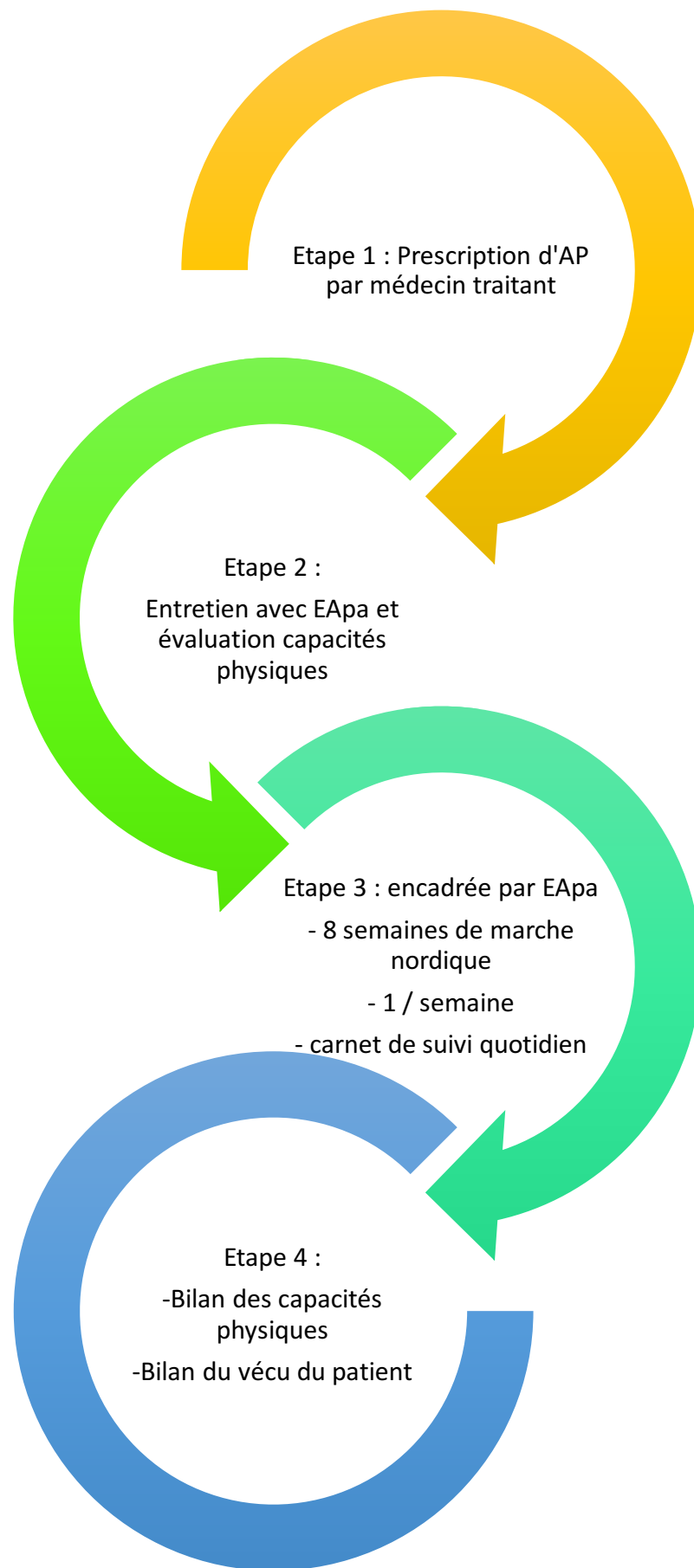


Figure 1 : Schéma des étapes de la participation au dispositif

d) Son évaluation

On peut comprendre que pour la réussite du projet et sa pérennisation les différents acteurs doivent jouer correctement leur rôle.

Il a donc semblé intéressant d'interroger en premier lieu les médecins qui ont un rôle de promotion du dispositif car ce sont les premiers maillons de la chaîne avec leur prescription.

La faisabilité du dispositif a été évaluée auprès des médecins héraultais avant sa mise en action.

Ainsi dans sa thèse de décembre 2016, Abderrahim FELLAGUE CHEBRA a interrogé les médecins généralistes du Languedoc Roussillon avec un objectif de répertorier leurs besoins pour prescrire de l'activité physique. 97% des médecins interrogés étaient prêts à prescrire de l'AP sur ordonnance si on répondait à leurs besoins qui étaient : une formation médicale adaptée (pour 42,6%), une mise à disposition d'un outil motivationnel (57,8 %), le besoin d'un réseau d'activité physique (60,9%). (30)

Célia GAUME pointe dans son étude qualitative auprès des médecins généralistes héraultais les déterminants de leur prescription écrite d'AP.

Les freins exprimés sont la nécessité d'un engagement chronophage, leur manque de formation, la méconnaissance des professionnels effecteurs de l'AP et leur questionnement sur le mode de remboursement.

Ils proposent des moyens d'y remédier par des consultations dédiées, des ordonnances pré-établies et la nécessité d'un « retour patient ». (31)

Enfin, le deuxième acteur, et bien sûr le plus important, est le patient lui-même.

En essayant de comprendre mieux le patient, on améliore notre prise en charge en tant que médecin et autres intervenants.

Tout comme le décrivait le modèle de Booth et al. (32), l'individu peut être influencé par une multitude de facteurs susceptibles d'apparaître comme des freins ou au contraire des leviers dans sa pratique d'activité physique et ses comportements sédentaires. Il s'entrecroise alors des facteurs sociétaux, politiques et législatifs avec des facteurs interpersonnels, le micro-environnement et des facteurs individuels.

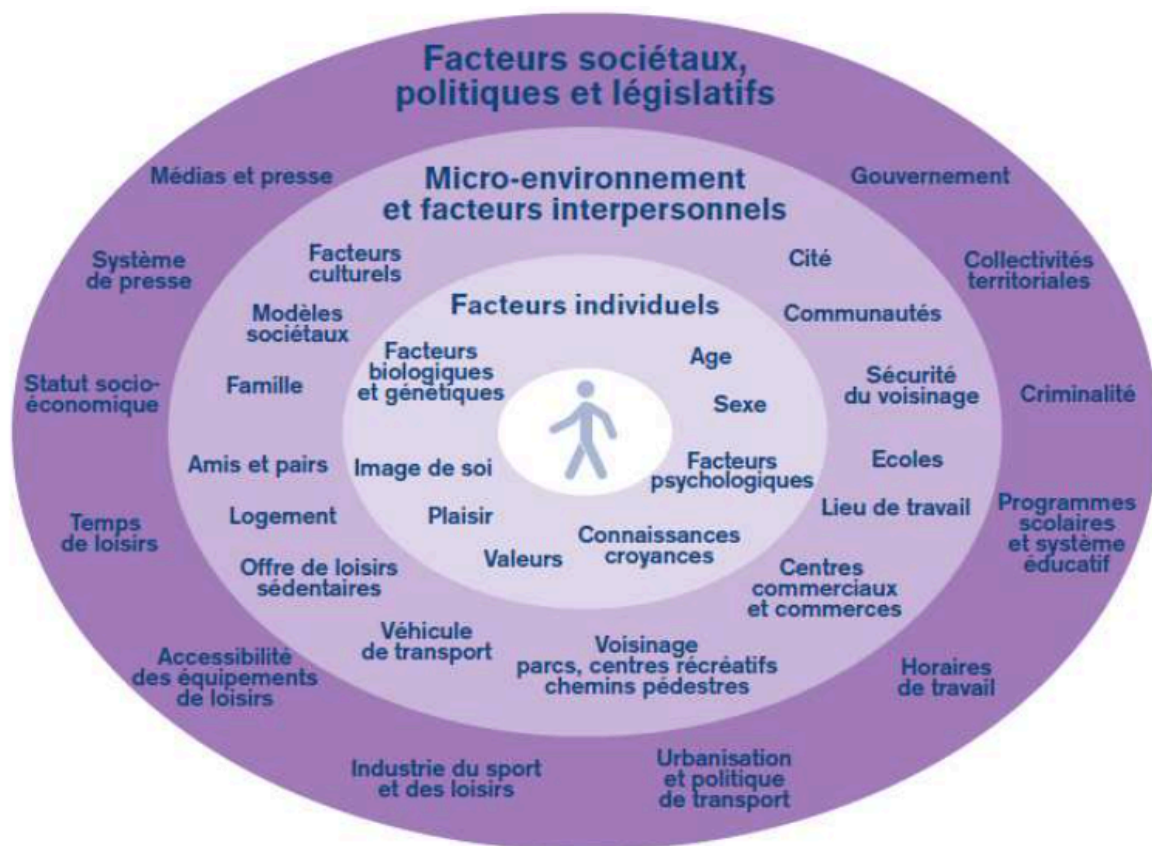


Figure 2 : Facteurs influençant l'activité physique et les comportements sédentaires

Source : modèle écologique de Booth 2001 (32)

C'est pourquoi il nous a semblé intéressant et utile de s'interroger sur les facteurs d'adhésion et de non adhésion du patient au projet. Ceci permettra peut-être d'améliorer, de modifier ou de poursuivre le fonctionnement du dispositif en fonction des résultats obtenus.

MATERIEL et METHODE

I. Type d'étude

Notre question de recherche portant sur le **vécu des patients participant au dispositif « Bougez sur ordonnance », une étude qualitative prospective par entretiens semi-dirigés** semblait la plus appropriée. La recherche qualitative est en effet particulièrement adaptée quand il s'agit de comprendre le ressenti et les perceptions d'individus. L'entretien semi-dirigé permettait une liberté de parole et laissait la place à l'expression de sentiments personnels en atténuant la peur du jugement.

De plus, du fait de la participation de patients parlant une langue étrangère, l'entretien individuel était plus adapté qu'un recueil de données en groupe.

L'objectif principal était de déterminer les facteurs influençant l'adhésion et l'observance au dispositif.

Pour la rédaction nous nous sommes appuyés sur les critères COREQ, permettant d'évaluer la qualité d'une recherche qualitative.(33)

1. Population étudiée

Les patients inclus étaient les patients habitant le **quartier Pissevin-Valdegour** et **ayant au moins réalisé l'évaluation initiale avec l'EApA**. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

Il s'agissait donc de personnes ayant, soit poursuivi le programme, soit l'ayant arrêté suite à cette première évaluation. Le nombre de participants n'a pas été défini a priori.

2. Modalité de recrutement des participants

Avec l'aide et l'accompagnement de Mr Christophe Martinez, enseignant coordinateur en Activité Physique Adaptée et responsable du projet « Bougez sur ordonnance » au sein de l'association Nîmes Sport Santé, nous avons donc réalisé des entretiens individuels semi-dirigés des patients **à la fin de leur programme d'activité encadrée**.

Dans un premier temps, Mr Martinez informait succinctement les patients de notre projet d'étude et évaluait leur volonté ou non d'y participer.

L'investigateur des entretiens n'avait aucun lien avec les patients avant la réalisation de ce travail.

Afin de nous présenter auprès des patients, nous avons participé à une séance de marche nordique avec eux au début du mois de mars 2017. L'investigateur de l'étude informait de nouveau les participants sur le projet de recherche.

Puis, dans un second temps, nous avons contacté chaque patient volontaire pour convenir d'un rendez-vous avec lui, afin de réaliser les entretiens.

3. Taille de l'échantillon

Comme pour toute étude qualitative, le but était d'atteindre la saturation des données. Le nombre de participants au dispositif étant limité, la saturation des données a été obtenue car l'ensemble de la population a été interrogée.

II. Méthode de recueil des données

1. Le guide d'entretien

Un guide d'entretien a été réalisé au préalable à partir des données de la littérature et servait de fil conducteur (Annexe 4). Les questions étaient ouvertes et non suggestives. Le guide d'entretien servait de ligne directrice la plus large possible afin de ne pas influencer les propos du participant. Il a été examiné au préalable par un membre du Département de Médecine Générale afin de valider son contenu au point de vue méthodologique. Les questions étaient volontairement courtes et des relances plus précises étaient prévues dans le cas d'une incompréhension ou d'une difficulté d'expression, notamment pour les patients parlant une langue étrangère.

Des questions fermées en vue d'obtenir des données socio-démographiques ont été incluses au début du guide d'entretien.

2. Déroulement des entretiens

Ceux-ci ont été réalisés à **Nîmes entre le 1^{er} et le 31 juin 2017.**

Tous les entretiens ont été réalisés par le même investigateur.

Un entretien par participant était prévu.

Ils avaient lieu soit dans la salle informatique du Centre Socio Culturel et Sportif Simone Veil,

soit chez les patients en fonction de leurs disponibilités.

Les patients ont été informés oralement du projet de l'étude et de son objectif avant le début des entretiens.

Un consentement écrit a été signé par les patients, confirmant leur accord pour participer à l'étude et être enregistrés par dictaphone. Ce formulaire a été rédigé en suivant les recommandations du Comité Éthique de Recherche de l'Université de Sherbrook au Québec (34) (Annexe 5).

Avant de débiter les entretiens, l'investigateur assurait la confidentialité de ceux-ci en insistant sur son indépendance vis à vis du dispositif et sur le principe de l'anonymat.

Un interprète était présent lors des entretiens lorsque le patient ne parlait pas le français. Il s'agissait d'un membre de la famille. L'investigateur lui expliquait alors la nécessité de réaliser une traduction la plus fidèle possible des propos du participant et d'éviter au contraire de résumer ses réponses.

Des techniques de communication ont été utilisées afin d'encourager le patient à poursuivre sa pensée et sa réflexion, telles que la reformulation, le silence ou l'écho.

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone et ont été réalisés auprès de l'ensemble des participants ayant accepté de participer à l'étude.

Un cahier d'entretien a été tenu tout au long du travail.

Aucun des verbatim n'a été relu par les patients.

III. Méthode d'analyse

Nous avons élaboré les **VERBATIM** par retranscription exacte des entretiens enregistrés, à l'aide du logiciel Word.

Les verbatim ont été rendus anonymes et les patients ont été renommés de P1 à P9.

L'analyse réalisée répond au concept d'analyse thématique développée par Pierre PAILLE et Alex MUCCHIELLI (35) décrit comme « des procédés de réduction des données ». Dans ce type d'analyse, la **thématisation représente l'opération centrale de la méthode**.

Le principe est de relever tous les thèmes pertinents du corpus, en lien avec la question de recherche. Le travail de l'analyste est ensuite de relever tous ces thèmes et de tracer des parallèles ou des divergences entre ceux-ci.

Après lectures successives de l'ensemble du corpus issu de la retranscription des données, un découpage en unités de sens a été réalisé. Nous avons utilisé un mode d'inscription en marge par le logiciel Word dans lequel les unités de sens ont été organisées, selon leur signification, en catégories puis en thèmes et sous-thèmes. Nous avons tenu un journal de thématisation complété au fur et à mesure de l'analyse des verbatim. Les thèmes n'étaient donc pas déterminés à l'avance.

L'analyse a été faite simultanément au recueil des données.

La triangulation lors du travail d'analyse des verbatim entre le chercheur et le directeur de thèse a été réalisée sur 3 entretiens. Cela a permis de confirmer la concordance entre les analyses, et les entretiens suivants ont été analysés par le chercheur seul.

Cette analyse nous a permis d'aboutir à des arbres thématiques réalisés grâce au logiciel SimpleMind Trial et Xmind.

RESULTATS et ANALYSE

I. Description des entretiens

Sur **13 patients ayant réalisé l'évaluation initiale** avec l'enseignant en activité physique adaptée, **9 ont pu être interrogés en entretien individuel.**

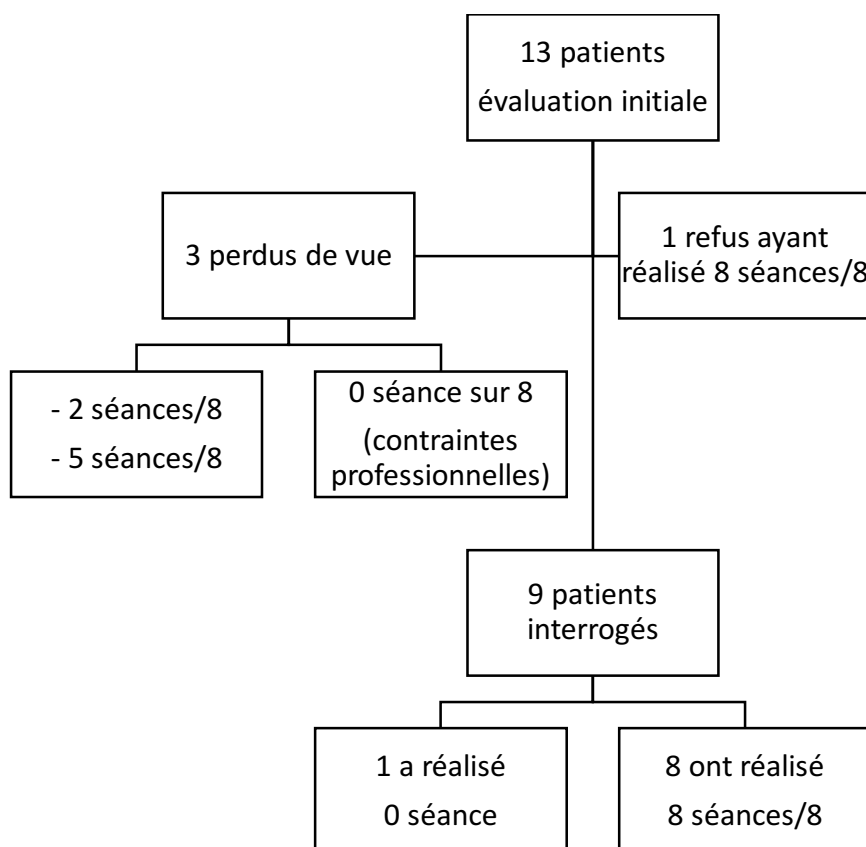
1 patient a refusé de participer à l'étude et 3 ont été perdus de vue malgré des tentatives pour les recontacter par téléphone. Parmi les 3 perdus de vue, 1 s'était finalement désisté devant des contraintes professionnelles selon l'association, mais tout comme les autres il a été impossible de le contacter pour l'interroger malgré de multiples tentatives.

Sur les 3 perdus de vue : 1 n'avait réalisé aucune séance de marche nordique, 1 avait réalisé 5 séances sur 8 et le 3^{ème} avait réalisé 2 séances sur 8.

Sur les 9 patients interrogés, **8 ont réalisé leurs 8 semaines d'activité physique sans interruption et 1 n'a finalement pas poursuivi le programme après l'évaluation initiale.**

6 patients ont été interrogés dans la salle informatique du CSCS Simone Veil et 3 à leurs domiciles respectifs.

Les entretiens ont duré en moyenne 35 minutes (18 minutes à 1h12).



II. Données socio-démographiques de la population étudiée

L'âge moyen des participants était de 51 ans.

Les patients étaient de 3 origines différentes : France, Algérie, Mayotte.

Les données socio-démographiques des personnes interrogées ainsi que leurs principales pathologies ont été retranscrites dans le tableau ci-dessous. Pour s'assurer de l'anonymat des patients, l'ordre d'entrée des données des patients a été réalisé de manière aléatoire.

Tableau 2 : Données socio-démographiques de la population étudiée

Sexe	Âge (années)	Pays d'origine	Date d'arrivée en France	Activité professionnelle actuelle	Pathologies principales
Femme	45	Mayotte	Juin 2016	Sans emploi	obésité
Femme	40	Mayotte	2000	Sans emploi	obésité
Femme	68	Algérie	2006	Retraitée (professeur de français)	Diabète, obésité, cancer du sein
Femme	69	France	0	Retraitée (comptable)	Diabète, cholestérol, HTA, obésité
Femme	40	France	0	Sans emploi	Obésité, HTA, diabète
Femme	44	Mayotte	2003	Sans emploi	obésité
Femme	47	Mayotte	1996	Femme de ménage	Diabète, obésité
Homme	56	Mayotte	Juin 2016	Sans emploi	Insuffisance cardiaque
Femme	51	Franco-Algérienne	Née en France A vécu en Algérie 21 ans	Sans emploi	Obésité, HTA, asthme, cholestérol, SAOS

En s'interrogeant sur le vécu de ces patients, nous avons pu mettre en évidence d'une part les facteurs apparaissant comme un frein potentiel à leur pratique d'activité physique avant et pendant leur participation au dispositif. Et d'autre part nous avons pu déterminer les facteurs favorisant leur adhésion et observance au dispositif.

III. Freins potentiels à la pratique d'activité physique

Les entretiens ont permis de mettre en avant les facteurs expliquant l'absence de pratique d'activité physique par les patients avant la mise en place du dispositif « Bougez sur ordonnance ». Il se mêlait un sentiment de peur global, des conditions physiques et psychologiques inadaptées à la pratique de l'AP selon eux, des freins culturels et un manque d'informations individuelles.

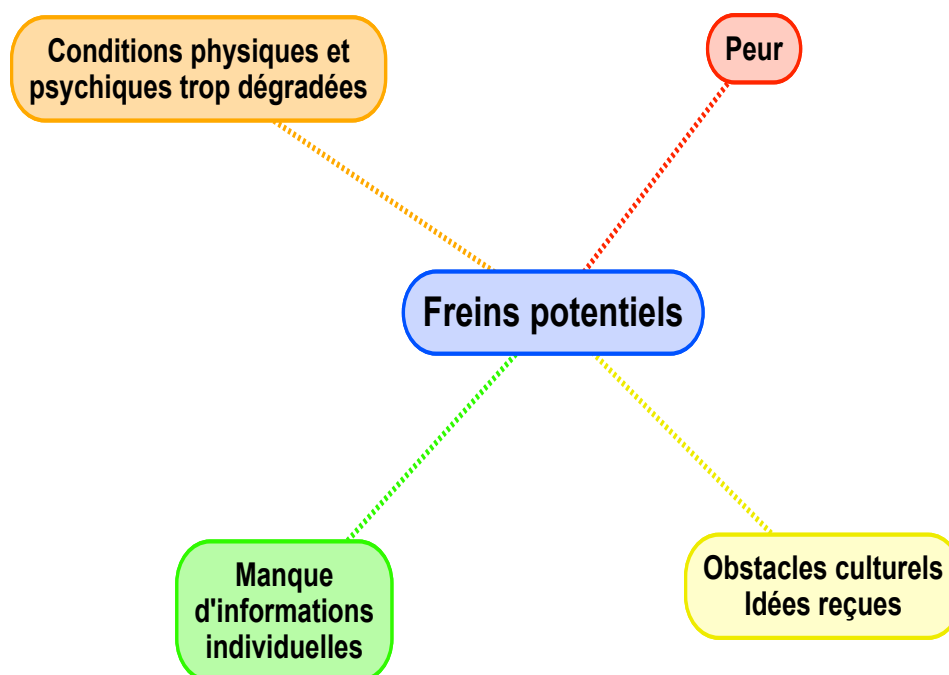


Figure 3 : Freins potentiels à la pratique de l'activité physique

1. Un sentiment de peur global

a) Une mésestime de soi générale avec un sentiment d'être incapable

- Qu'il s'agisse des patients ayant participé jusqu'à la fin du programme ou celui ayant finalement abandonné, on retrouvait à plusieurs reprises un manque de confiance en soi qui se traduisait par un **sentiment « d'être incapable »** de faire de l'activité physique.

P1 : « Je n'y suis pas allée parce que je me suis dit que je n'allais pas y arriver, que ça servait à rien.

(...) Ben oui parce que au vu de ce carnet et de ce qu'il fallait faire par jour, je me suis dit que je n'y arriverai pas. »

P3 : « Parce que j'avais peur de faire du sport avant parce que je me suis dit ça va être trop dur, je peux pas...(silence) (...) Mais je pensais pas tenir en fait ! Je me suis dit jamais j'y arriverai ! Jamais jamais (...) on m'avait parlé de la marche nordique mais pas des renforcements musculaires. Je croyais que j'étais incapable. Il y avait des trucs je me disais c'est pas possible j'arriverai pas à le faire. »

P7 : « La crainte de ne pas y arriver donc je préférais ne pas faire. »

P8 : « J'ai une amie aussi que j'ai inscrite chez Christophe, c'est une amie intime quoi. Elle a aussi le diabète elle est un petit peu malade. Au début c'est ce qu'elle me disait : « tu crois que je vais marcher moi ? Tu crois que je vais faire du sport ? » Mais maintenant !!!! Tsssss »

- La patiente 1 considérait même ne pas mériter d'y participer.

P1 : « C'est pas la peine de prendre la place de quelqu'un qui est vraiment motivé et puis en fait de ne pas en profiter pleinement. »

b) Peur du jugement d'autrui

- La **peur du jugement** était fréquemment citée comme obstacle important à leur pratique.

Ainsi cette peur était alimentée par des **complexes** physiques :

P3 : « je sais pas je ne pense pas que je me sentirai à l'aise. Pas à l'aise par rapport aux gens... ça c'est un complexe que j'ai toujours eu... Je sais pas pourquoi c'est comme ça. Peut-être si je perds un peu de poids... après ouais. Mais comme je suis actuellement non. Après c'est moi et mes complexes ! »

- Mais aussi la **peur du ridicule...**

P7 : « et puis on a peur du regard des autres (...) peur du ridicule, peur de tout quoi, donc j'en ai jamais fait »

- Ou encore la peur du jugement face aux **différences culturelles** :

P7 : « parce que je me suis dit, comme je vous ai dit avec le voile et tout ça, j'ai pas osé, du tout. Si j'aurais su je l'aurais fait avant ! »

c) Peur de la douleur provoquée par l'activité physique non adaptée

Les patients craignaient les conséquences de l'activité physique sur leur corps, et notamment ils avaient la crainte que cela **leur provoque ou leur majore leurs douleurs**.

P1 : « I : Parlez-moi de vos difficultés face à l'activité physique ? P1 : La douleur, essentiellement la douleur, c'est tout. »

P7 : « J'avais toujours peur. Peur de tomber, peur de me faire mal. »

d) Peur d'un programme inadapté

- Cette peur s'expliquait par la **peur d'un programme non adapté et trop intense** face à leur condition physique détériorée.

P1 : « Et puis après je me suis renseignée sur la marche nordique et en fait c'est une activité quand même assez difficile quoi. C'est un rythme soutenu, c'est plus que de la marche normale. Ça me fait un peu peur aussi. »

P8 : « Parce que j'avais un problème au bras, je ne pouvais pas le bouger et je pensais que c'était pas bien pour moi. »

- Les instructions notées sur le **carnet de suivi** a effrayé la seule patiente interrogée n'ayant finalement pas adhéré au programme. Cela a été vécu comme une **injonction** à laquelle elle ne pouvait répondre.

P1 : « Déjà que je n'arrive pas à faire ça par jour alors je n'arriverai jamais à faire de la marche. En fait ça a l'air d'être assez tonique (...). Ils imposent sûrement... (silence) Là sur le carnet, ils imposaient de faire plein de choses en une demi-heure. »

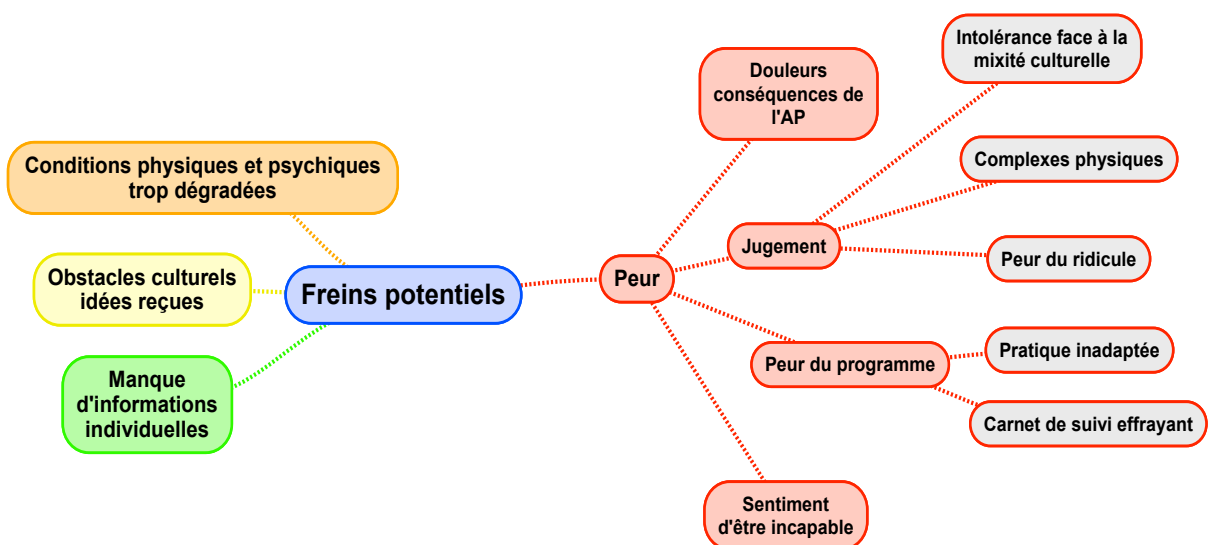


Figure 4 : Freins potentiels à la pratique de l'AP , la peur

2. Conditions physiques et psychiques dégradées vécues comme des obstacles

Avant leur participation au programme, les patients ne se sentaient pas capables de pratiquer une activité physique du fait de leurs **conditions physiques trop dégradées**, selon eux.

- Ainsi, leur **surpoids, leur âge, leur douleur justifiaient leur non pratique antérieure**.

P8 : « A mon âge je savais pas que je pouvais faire aussi du sport comme ça. Je pensais que c'était juste pour les femmes qui veulent se faire un beau corps ou devenir sveltes ou je sais pas. Au début non j'ai jamais pensé qu'à mon âge je vais faire du sport (...) Non mais je me disais à 68 ans je vais faire du sport ça va pas m'aller. »

P7 : « Je ne sais pas. J'avais toujours mal à mon genou, l'arthrose que j'avais, c'était pénible des fois. »

P3 : « Je peux pas faire du sport avec autant de poids etc etc. »

P9 : « Et puis mon poids aussi. Je trouve que c'est plus difficile à bouger quand on est presque obèse quoi (...) Il faut être en forme pour faire du sport. Enfin il me semble. »

- Le patient 1 avouait **un manque de motivation**.

P1 : « Et puis l'envie ! c'est quand même important. (...) J'ai pas une motivation extraordinaire. Il me faudrait beaucoup d'énergie. »

- Il parlait même **d'un état dépressif** ne lui permettant pas de participer. Le bien-être moral était pour lui un prérequis pour pouvoir envisager de participer au dispositif.

P1 : « On ne peut pas faire abstraction de tout et puis dire j'ai fait du sport. Quand on traîne des soucis derrière, ça marche pas trop non plus. J'ai trop à lutter ailleurs pour lutter là. Ce qui freine aussi ce sont les soucis de la vie, le moral un tas de choses. Je me sens un peu déprimée. Enfin ça passera peut-être ! Ca aussi c'est un frein. »

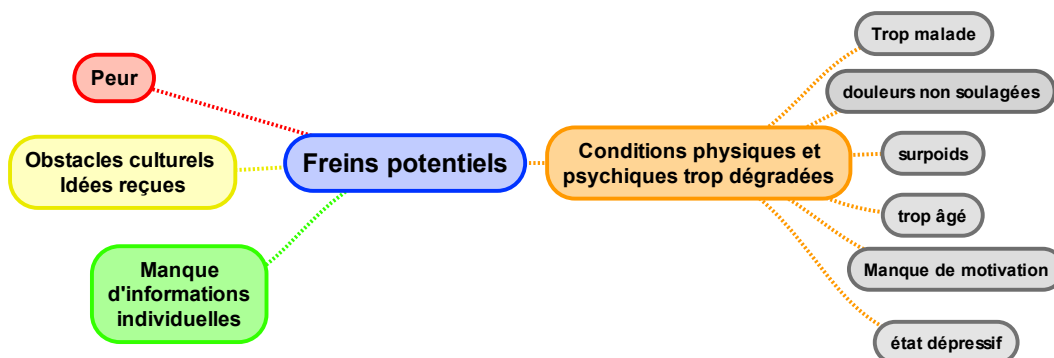


Figure 5 : Freins potentiels à la pratique de l'AP, Conditions physiques et psychiques du patient

3. Des freins culturels et des idées reçues

a) Une absence de plaisir

- Selon les patients, avant de participer au programme, l'activité physique **ne pouvait en aucun cas leur apporter du plaisir**. Il s'agissait seulement d'une nécessité mais aucun bénéfice psychologique n'était à attendre.

P1 : « C'est pas une raison de plaisir non plus parce que je prendrai jamais de plaisir à faire de l'exercice. Pour moi c'est une lutte d'y aller c'est une obligation, c'est pas une envie du tout. »

P3 : « Le contraire de plaisir, c'est quoi ??? (rires) L'enfer ! Pour moi c'était niet ! C'était pas de plaisir. »

- Le **cadre compétitif** de l'activité physique contribuait à cette absence de plaisir et semblait avoir découragé le patient 5 à pratiquer.

P5 : « Parce que ils nous promettaient des voyages si on gagnait à la course et au final quand on gagnait, on gagnait rien donc ça m'a découragé et j'ai arrêté. (...) La compétition ça m'a découragé. »

b) Absence d'éducation familiale de l'importance de la pratique

- L'activité physique n'était pratiquée que dans le cadre scolaire, elle n'était envisagée que pour les enfants. Les patients rapportaient **ne pas avoir eu d'éducation sportive au sein de la famille**.

P2 : « Aux Comores, y a pas de sport, juste le foot, tous les élèves de l'école font le sport mais en dehors non. »

P3 : « Ben je sais que moi quand j'étais petite le sport c'était pas si important que ça quoi ! On faisait du sport à l'école oui mais en dehors rien. Dans la famille j'avais pas d'activité sportive non. »

P6 : « Avant à Mayotte on allait à la campagne pour cultiver mais pas du sport. »

P7 : « Comme on est pas habitués à faire du sport (...) On n'a jamais fait de sport (...) C'est pas dans nos habitudes c'est tout (...) moi de ma famille, mes sœurs tout ça, personne ne fait de sport. (...) On n'a pas pensé que c'était utile. (...) A part à l'école quand on avait des heures de sport mais c'est tout sans plus. »

- Cela pouvait être expliqué par **l'absence de moyens financiers** :

P3 : « *Moi quand j'étais petite... mon frère, ma sœur, on n'avait pas ça.(...) je pense qu'ils n'en avaient pas les moyens de nous mettre dans un club. Bref ça faisait pas partie des priorités. Du coup on n'a jamais été dedans. »*

- Pour le patient 1, il s'agissait d'une **fatalité**. Le sport, selon lui, n'était **pas accessible à tous** :

« *Après moi j'aime bien lire, j'aime bien rester tranquille donc c'est pas du tout pour moi le sport. »*

- On retrouvait aussi l'**absence d'éducation concernant les bienfaits de l'AP sur la santé** :

P8 : « *Ben moi dans ma tête c'était une activité pour ceux qui veulent faire une beauté pour leur corps, Mais j'ai jamais pensé que c'était efficace à ce point-là pour la santé. Avant on m'a jamais parlé de faire du sport. J'ai jamais pensé que c'était bénéfique quoi. »*

c) L'activité physique n'était pas une priorité

- La majorité des patients interrogés étaient femmes au foyer et expliquaient leur non pratique antérieure d'AP par leur surcharge de travail concernant les **tâches ménagères** et l'éducation des enfants. **La priorité était leurs enfants**.

P5 : « *Après j'avais un enfant , je venais d'accoucher et j'ai arrêté pour garder l'enfant. »*
P6 : « *J'ai que des garçons à la maison et je fais tout (...) quand suis seule à la maison je fais les tâches ménagères. »*

- Les **soucis quotidiens et notamment financiers** passaient en premier :

P1 : « *C'est pas une priorité par rapport à d'autres choses. On peut pas essayer de tout régler en même temps. »*

d) La mixité culturelle comme obstacle à la pratique, exemple du port du voile

- La mixité culturelle apparaissait comme un frein à la pratique. Le **jugement et l'intolérance face aux différences culturelles** pouvaient être un obstacle initial à l'adhésion et à la poursuite du programme.

P1 : « *Moi après le groupe, vous savez je suis un peu sauvage donc si les gens ne me conviennent pas, je me lasse vite. »*
P7 : « *Ouais le groupe , en nous voyant avec le voile ils se sont dit « ça c'est quoi ? »*

P8 : « Peut-être parce que je me disais que j'avais pas la même mentalité que les autres je sais pas. (...) c'est en parlant de ce qui se passe en ce moment vous voyez ? On dit que tout musulman est un terroriste mais c'est pas vrai. »

- L'interdiction du port du voile dans les espaces sportifs et la **méfiance** à l'égard des musulmans en général influent sur leur **intégration** et aussi sur leur pratique physique.

P7 : « Même par exemple pour aller dans une salle, ils ne vont pas vous faire rentrer avec un voile. (...) Après, je m'y plais on se respecte mais quelquefois ça bloque, ça empêche de faire des choses. (...) Bon comme on a le voile tout ça c'est pas très pratique dehors. (...) Donc ça pose beaucoup de problèmes par rapport à ça donc on se sent un peu mis à l'écart. »

P8 : « Au début il y avait une dame, quand je suis arrivée toute seule avec le foulard elle me regardait de haut en bas. Elle disait à sa copine « c'est qui ça ? » je vous assure elle était farouche elle me regardait comme un chien sauvage. Quand j'ai dit bonjour elle me regardait de haut. Au début vous voyez c'était un peu difficile. Moi j'avais vraiment honte de la regarder. J'étais gênée. »

- Les patients relevaient aussi les **idées reçues culturelles de certains professionnels de santé** qui leur limitaient l'accès aux informations.

P7 : « Après je lui ai dit quand j'ai commencé et il m'a dit « oui je savais, oui je vous ai pas dit parce que peut-être vous vouliez pas aller » mais je vous en ai pas parlé parce que peut-être vous le ferez pas. » Il me dit « parce que vous êtes des gens voilés... peut-être vous le ferez pas ». Malgré que c'est un maghrébin lui aussi, c'est un marocain ! Voilà il m'a dit « peut-être vous, en tant que femme maghrébine, peut-être que voilà... »

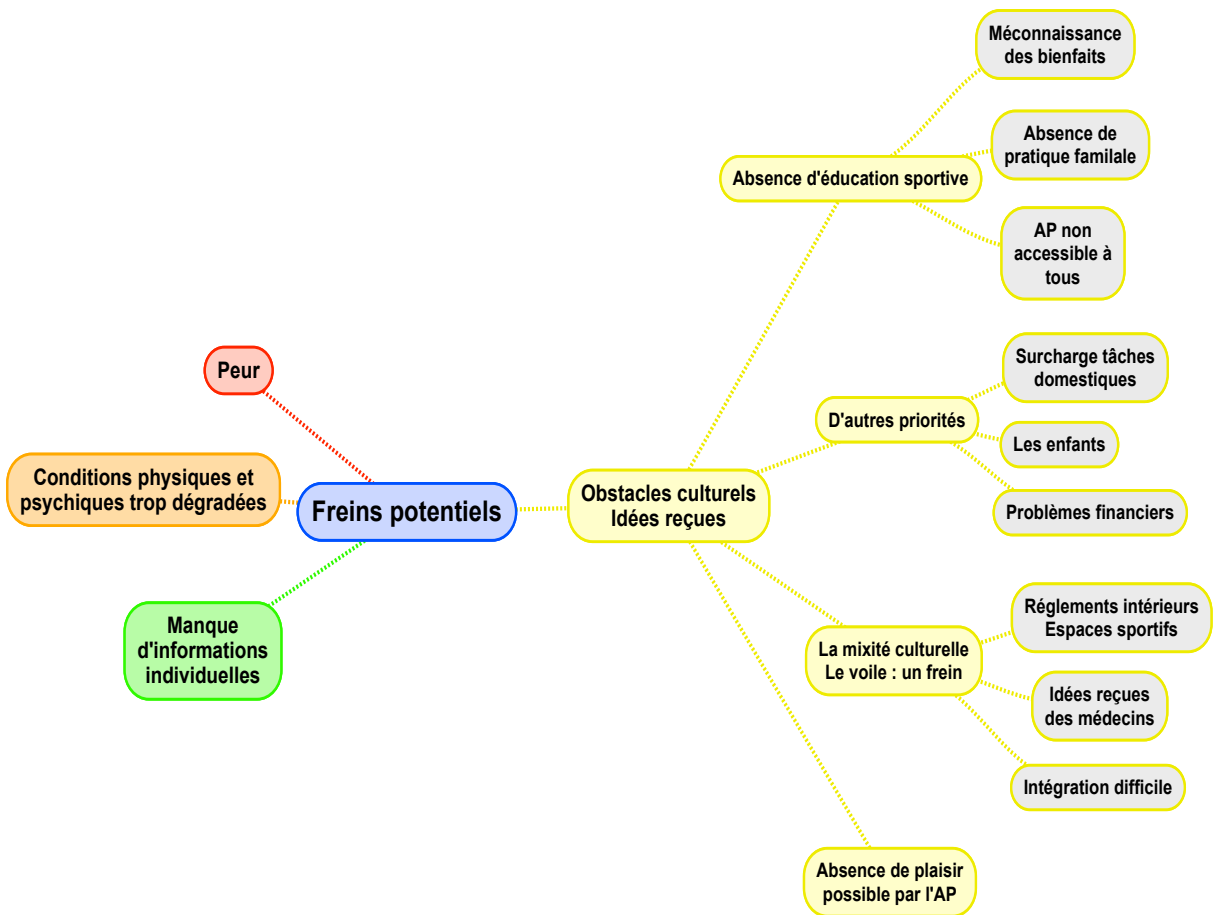


Figure 6 : Freins potentiels à la pratique de l'AP, obstacles culturels et idées reçues

4. Un manque d'information individuelle

a) Absence de consultation dédiée à la promotion de l'activité physique

Les patients regrettaient l'absence d'informations par les professionnels de santé concernant les bienfaits du sport ou de l'activité physique. Il ne semblait **pas y avoir de temps consacré à ce sujet, ce qui était reproché.**

P8 : « Avant on m'a jamais parlé de faire du sport. »

P1 : « Je n'en ai pas parlé au médecin parce que à chaque fois on se voit juste pour les ordonnances... »

P7 : « Il nous a jamais dit de faire du sport ou même de me dire voilà il y a cette association... non. Quand je venais le voir pour les médicaments il ne me parlait pas de sport, jamais. »

b) Promotion du dispositif peu suivi par les professionnels de santé

Excepté pour une patiente, la promotion du dispositif n'a été faite que par l'intermédiaire d'associations, journaux, assistante sociale ou médiatrice. La majorité n'avait reçu **aucune information par les professionnels de santé.**

P8 : « Et c'est nouveau bougez sur ordonnance non ? parce que j'ai ramené ça au docteur il m'a dit qu'il avait jamais entendu parlé de ça. »

P1 : « C'est un coup de hasard, j'aurais pu passer à côté (...) Après ils ne m'ont jamais parlé de ce dispositif en particulier, c'était juste de façon systématique. (...) »

P7 : « Ca m'aurait aidé que le médecin m'en parle. »

P9 : « Le même médecin des gens du groupe, c'est pas lui qui m'a dit de venir. »

c) Isolement au sein du quartier avec absence de connaissance des infrastructures disponibles

Au sein des quartiers, les informations ne semblaient pas être toujours exhaustives et cela engendrait un **isolement**. Les patients se plaignaient de ne pas toujours connaître les **infrastructures disponibles** ainsi que les associations existantes.

P8 : « De toute façon je sais même pas où sont les associations même si on me dit qu'il y en a beaucoup. »

P4 : « Je ne connais pas l'endroit qui fait ça. Parce que j'étais à Chalons avant et ici je sais pas où c'est la salle de danse. »

P7 : « Dans les quartiers faut pas croire, on est assez isolés, nous aussi on sait pas trop ce qui se passe les associations, les centres culturels, on n'est pas trop au courant de ce qui existe. »

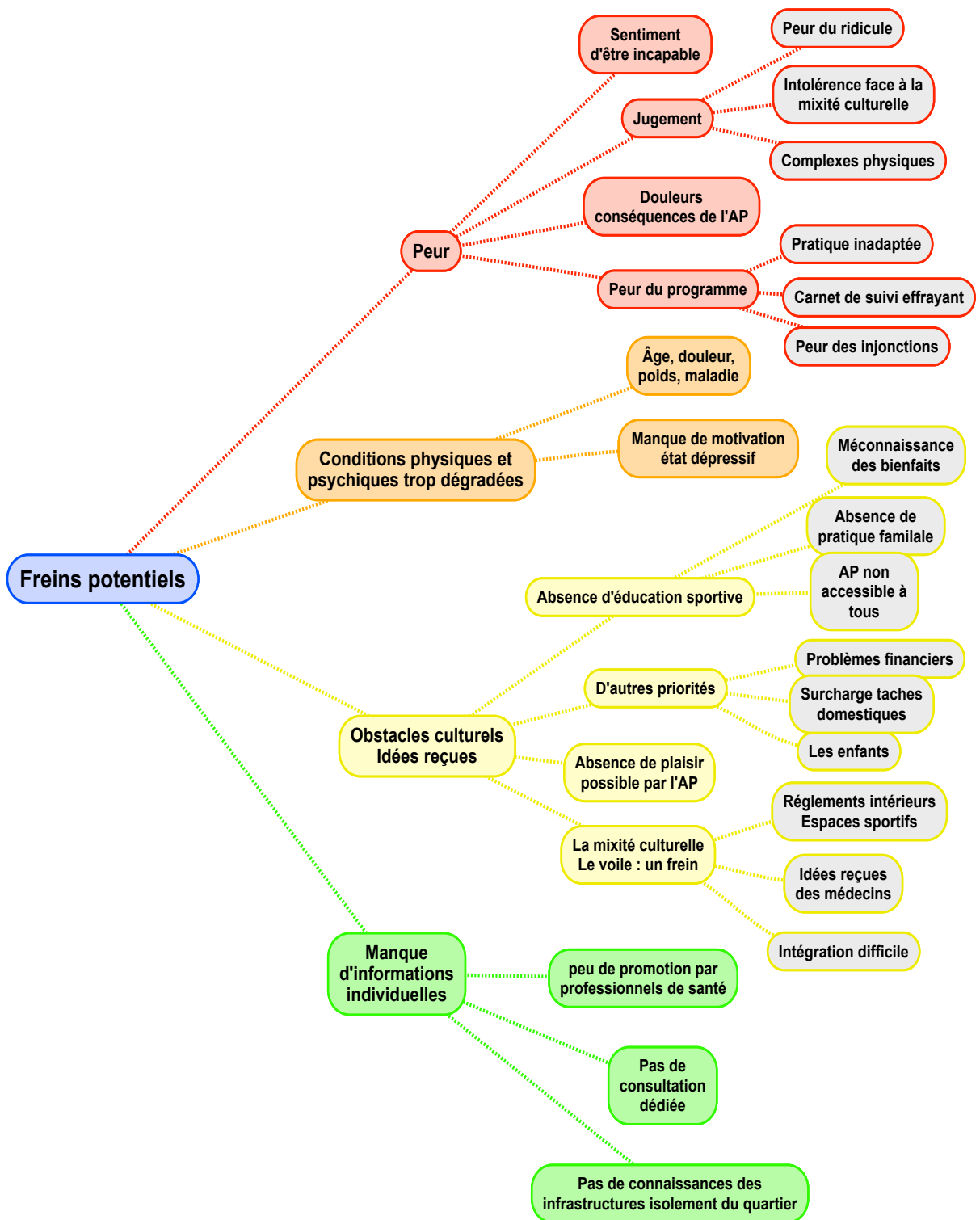


Figure 7 : Résumé des freins potentiels à la pratique de l'AP

IV. Facteurs favorisant l'adhésion et l'observance au dispositif.

L'analyse des résultats a fait ressortir 5 axes influençant l'adhésion et l'observance du patient au dispositif : les **conditions physiques et psychiques du patient, l'efficacité du fonctionnement du dispositif, la vision d'un moyen thérapeutique, l'apport socio-culturel et la création d'un projet de vie.**

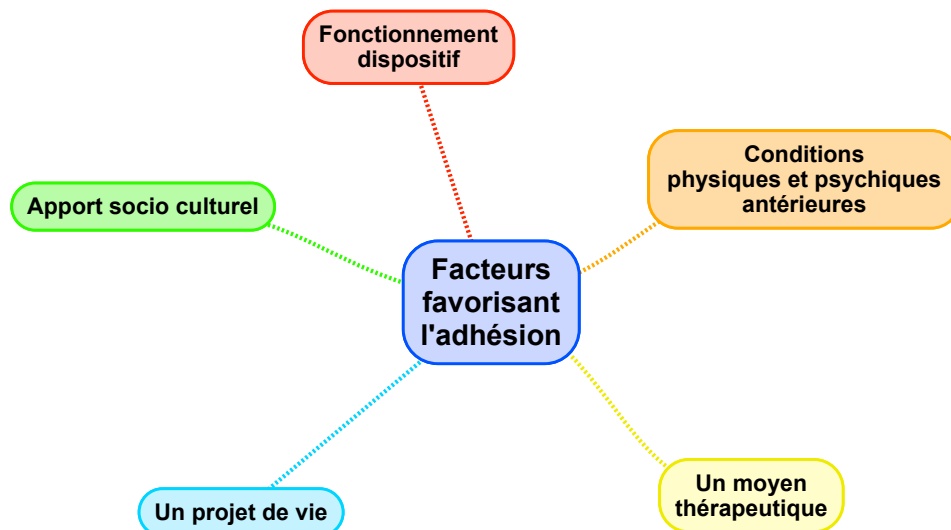


Figure 8 : Facteurs favorisant l'adhésion au dispositif

1. Les conditions physiques et psychiques du patient

a) Un handicap physique et psychologique au quotidien insupportable : nécessité d'action

Les patients définissaient tous leurs conditions physiques et psychiques antérieures à l'inscription au dispositif comme **insupportables** du fait d'un **handicap réel quotidien**.

- Cet handicap était d'une part **physique** avec des douleurs articulaires et musculaires quotidiennes, une dyspnée, une asthénie, des **difficultés dans la réalisation des tâches quotidiennes** même les plus banales mais indispensables (courses, shopping, ménage, travail).

P1 : « Et puis bouger ben j'essaie de marcher j'ai un mal de chien, je ne peux plus marcher plus de 10 à 15 minutes (...) Dans la vie de tous les jours ça commence à me poser des problèmes. Même quand je fais mes courses même si je n'ai pas fini si j'ai trop mal je dois rentrer. Et quelquefois, je calcule entre soit je fais le ménage soit je fais les courses parce que sinon j'en ai pour 2 jours à avoir mal. »

P2 : « Quand je marchais je respirais pas bien, c'était difficile. »

P3 : « Parce que je pouvais pas bouger, je pouvais pas travailler (...) le moindre geste de la vie quotidienne vous êtes essoufflée, vous êtes pas bien, ça demande un effort pas possible. Déjà les gens ils ne se rendent pas compte mais voilà j'ai 90 kg à porter quoi en fait. Pour 1,56m c'est beaucoup. Les moindres gestes, les genoux, les articulations... mais c'est surtout moi le souffle. Problèmes respiratoires... (...) enfin bref, c'était catastrophique. »

P4 : « Parce que avant je faisais pas le sport et j'arrivais pas à rester assise comme ça ni à me plier comme ça (me montre mouvement de flexion), j'avais trop mal aux genoux (...) Avec le poids comme je suis grosse, c'est dur. »

P5 : « Avant je me sentais lourde. »

P6 : « Avant je me sentais lourde (...) Quand je dormais j'avais du mal à me réveiller, j'avais des douleurs et tout et maintenant j'ai plus. Mon corps me fatiguait, avant j'étais essoufflée. »

P7 : « Il y avait toujours quelque chose ! Mal à l'épaule, mal dans le dos, parce que j'ai une hernie discale aussi, une petite hernie. Mon genou des fois j'arrivais même pas à le plier. »

P8 : « Et ben vous voyez j'ai commencé, avant je pouvais pas lever le bras comme ça, je pouvais pas le mettre derrière le dos (...) Au début croyez-moi je ne pouvais pas bouger ! Je ne pouvais rien faire. »

P9 : « A Mayotte j'ai fait des examens, le médecin m'a donné des médicaments. Quand je marche beaucoup, j'ai mal dans le cœur et j'ai du mal à respirer. »

- D'autre part, à plusieurs reprises ils évoquaient un **mal-être psychologique** et une mésestime de soi.

P4 : « Même moi je demande pourquoi je suis grosse, pourquoi je ne suis pas quelqu'un de bien et je prends des kilos. »

P7 : « Je me suis retrouvée un peu seule, bon mes enfants ils ont déménagé, ils

habitaient là. Donc tout ça ça a été assez dur pour moi. »

P3 : « Quand j'ai pris la décision d'aller voir un endocrino, c'était en mars 2016. Voilà et donc de 2013 à 2016 j'étais... dans un état léthargique en fait. Ouais ça a été le déclic là. Ouais c'était au niveau moral surtout que ça m'a obligé à le faire. »

- Ils constataient alors l'état de sédentarité dans lequel ils se trouvaient, leur laisser-aller et la nécessité de s'occuper de soi.

P7 : « Comme mes enfants ont grandi, ils se sont mariés et il ne reste que le dernier qui a 17 ans, je me suis dit maintenant je dois m'occuper de moi. Je ne bouge pas assez donc je me suis dit ça c'est la bonne chose à faire pour pouvoir au moins bouger. »

P3 : « J'ai pris beaucoup de poids, obésité... plus pouvoir bouger... sédentarité... euh... Même si j'avais pas fait la sleeve, je pense que j'aurais quand même commencé ce programme parce que c'était plus possible (...) J'ai dit il faut faire quelque chose. Faut que je me bouge, j'ai pas envie de dépendre d'une pension. Parce qu'on m'a dit t'as le diabète, t'as le droit à la pension l'AH. Moi, j'ai pas envie. »

b) Annonce diagnostique: une prise de conscience et peur de l'avenir

- La découverte du diabète et l'accumulation des pathologies chroniques ont été des facteurs déclenchants.

P6 : « Et depuis que je suis ici et que j'ai la maladie, c'est là que je me suis rendue compte que je devais faire du sport. »

P3 : « Le diabète qui s'est greffé par dessus... Hypertension etc. etc. »

- On retrouvait une peur de l'avenir avec une crainte de l'aggravation de leur état de santé dans le cas de l'absence de modification de leurs habitudes.

P4 : « Si ça marche pas pour la douleur il va me faire la piqûre dans les genoux. Mais moi j'ai peur alors je fais le sport et c'est bon j'ai pas mal aux genoux donc c'est pour ça que j'ai le courage pour continuer. Je vois c'est le poids qui fait ça. Donc j'ai pas besoin de la piqûre, j'ai peur de la piqûre du genou (...) »

P6 : « Alors comme le docteur il a dit, si je prends plus de poids le diabète il va augmenter, ça m'a motivé à faire du sport. Maintenant j'ai pas beaucoup de diabète mais si il y en a beaucoup, les gens ils ont besoin d'insuline. Ca m'a fait peur.»

P7 : « Comme je vous ai dit on a tous eu un problème de poids dans la famille. Ma mère elle est morte assez jeune à 54 ans. Elle était obèse, cœur diabète, les reins tout. Donc je me suis dit il ne faut pas se laisser aller de trop parce qu'après, comme on a un terrain, des antécédents familiaux... »

C'est face à ce constat d'une situation devenue intolérable qu'ils ont puisé leur motivation et qu'ils ont pris conscience de la nécessité de participer et de poursuivre le programme.

c) L'attrait pour le sport : une aide à l'adhésion

- L'attrait pour le sport que certains patients avaient au préalable ainsi que la pratique d'activité physique antérieure semblaient être des facteurs favorisant leur décision d'inscription.

P1 : « Oui enfin pas des groupes mais j'ai toujours essayé de voir ce que je pouvais faire. »

P4 : « Moi le sport ça m'intéresse beaucoup. J'aime tous les sports, la marche, tout ça m'intéresse. »

P5 : « C'était important, c'était pour ça qu'on a demandé à faire du sport. »

P6 : « Mais le travail pour moi c'est du sport, donc j'avais l'habitude de bouger. »

P9 : « J'aime le sport. »

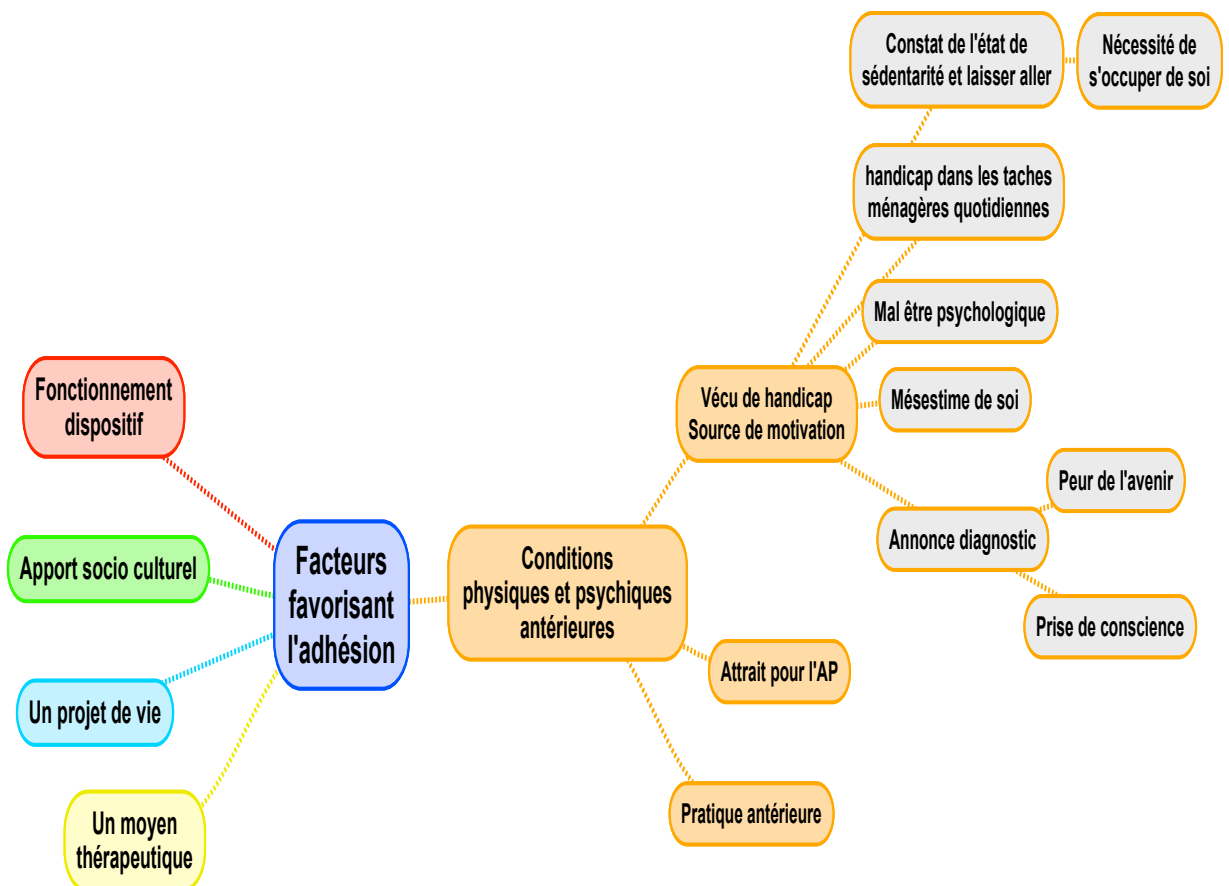


Figure 9 : Facteurs favorisant l'adhésion au dispositif, Conditions physiques et psychiques antérieures

2. Un fonctionnement du dispositif efficace et apprécié

a) Un accueil bienveillant et tolérant

L'accueil et le contact avec l'éducateur sportif spécialisé ont joué un rôle évident dans leur adhésion. Sa **bienveillance, sa prévenance et sa tolérance** ont été indispensables à la réussite du dispositif.

P7 : « Non. Si j'avais vu au début que les coachs, ils auraient été un peu... distants, au regard... là je ne serais même pas revenue. Mais non c'était direct le sourire, on est bien encadré, on est bien accueilli donc pas de soucis. (...) Mais on s'est sentie bien à l'aise, bien intégrée, ça s'est très bien passé. (...) Il est très gentil. »

P8 : « Et puis l'autre semaine j'ai repris et Christophe il m'a demandé « P8 vous allez bien ? », j'ai dit « oui ça va aujourd'hui » (...) Il m'a dit « attend la prochaine fois ça ira mieux. »

P1 : « Je lui ai dit « écoutez-moi, ce que vous m'avez demandé je ne peux pas le faire dans la journée et donc je ne me sens pas capable du tout d'aller faire la marche ». Il a complètement compris et il m'a dit que quand il y aura autre chose un autre programme il me rappellera. »

P8 : « C'est grâce à Christophe. »

b) L'encadrement

- Les patients appréciaient être encadrés, contents d'être guidés dans **l'apprentissage et l'éducation thérapeutique**.

P1 : « Pour moi c'est aussi de faire bien les choses. Parce que quand on est seul on n'a pas du tout l'expérience du sport, on peut faire n'importe quoi. »

P3 : « Et l'activité physique pour moi, je voyais ça fallait faire des abdos... Pour moi c'était ça en fait. Là on a vu par exemple que ne serait-ce que faire du ménage à la maison c'est quand même une activité, marcher tout simplement c'est une activité. On voit les choses autrement. (...) Et il y a aussi le fait que je savais pas comment faire dans les gestes de la vie quotidienne, je me faisais très mal au dos. Encore plus. Et il m'a appris et ça fait une différence parce que du coup je m'active beaucoup plus. Il m'a appris à faire des gestes. Des gestes comment les faire pour pas avoir mal au dos. Comment me baisser. Comment attraper les choses. Porter du poids. Voilà des petites bêtises comme ça mais qui changent la vie. »

P4 : « Il faut que j'ai quelqu'un qui me dise comment faire. Comme ça, ça me donne envie de faire. Ça m'a appris. (...) ici je vois ça va parce qu'on m'a expliqué. »

P5 : « Parce que je ne savais pas comment faire, maintenant le prof il nous montre comment il faut faire, ça nous aide (...) c'est mieux avec le prof parce que déjà on fait des choses que je ne connaissais pas avant. »

P7 : « Christophe il nous explique tout ce qu'on doit faire, ce qui est bien pour nous (...) Il nous explique pour la santé ce qui est bien. »

P9 : « J'ai bien compris les choses, comment faire le sport. Quand je fais tout seul je ne suis pas bien, parce que je ne connais pas les choses, les muscles comment on va faire. »

- La **motivation** par l'encadrement a été **renforcée par les encouragements** qui ont été donnés par les EAPA.

P1 : « Et toute seule j'ai pas la motivation non (...) C'était la stimulation parce que moi toute seule si j'ai un peu trop mal j'arrête. »

P3 : « Parce que quand vous êtes avec le coach, vous n'allez pas rester sans rien faire, ça motive. »

P4 : « Et même le monsieur, dès la première fois il m'a dit bravo, continue comme ça. Il m'encourage (...) Mais quand je suis seule parfois je vais y aller, parfois non. »

P7 : « On était encouragé. »

P8 : « Et Christophe il disait « allez-y allez-y courage , courage!!! » et on s'est habitué. »

- L'accompagnement par la pratique encadrée donnait **un sentiment de facilité**. La pratique leur semblait moins pénible.

P1 : « Il parlait de marche alors je me suis dit « bon ben je ne sais pas si je suis accompagnée peut-être que ce sera plus simple. Voilà. »

P3 : « Je vois pas le temps passer quand on y est. »

P8 : « On s'aperçoit pas du temps qui passe là. Du coup Christophe il dit « stop c'est fini » et tout le monde dit « oh allez non c'est pas encore l'heure ! » (rires) »

- L'AP encadrée apportait au patient une **sécurité ainsi que des directives** qui permettaient un **dépassement de soi**.

P1 : « Vous me direz c'est gratuit d'aller marcher dans la garrigue mais je préférais être encadrée au moins au début. Est-ce que je dois forcer, est-ce que je ne dois pas forcer. Voilà ce genre de choses (...) Ca me rassurait par rapport au genou. »

P3 : « Et voilà on se dit on va tomber sur des gens qui savent ce qu'ils font. »

P2 : « Quand je suis toute seule, je ne continue pas, je ne connais pas comment faire. »

P7 : « On va pas faire pour se blesser. Ou comme il dit lui « un marathon », non c'est juste pour... pas trop se faire mal. »

P4 : « Mais dans l'association je suis obligée d'y aller pour faire le sport, c'est ça que je cherchais dans l'association. »

P5 : « Je travaille beaucoup plus que quand je suis seule. »

- Malgré une pratique en groupe, les patients appréciaient le **suivi individualisé** au cours des séances.

P7 : « J'aime bien avoir quelqu'un avec moi, d'être accompagnée (...) chacun fait à son rythme, chacun fait comme par exemple la dame, son bras elle peut pas le lever, donc Christophe il lui dit de pas le lever, de pas le faire si elle ne peut pas le faire. Chacun fait vraiment à ce qu'il peut. S'il ne peut pas faire plus, par exemple de lever plus haut le bras, il nous dit non faut pas forcer. Il nous suit chacun, il regarde si tout le monde essaie

de bien faire les exercices tout ça. »

P8 : « Il a même ramené des autres stagiaires en formation. Et ben ils ont beaucoup aidé ! Il nous suit, il nous prend le bras pour qu'on continue quoi. Quand on disait « non on y va pas on ne va pas faire ça » parce qu'il a des montées et des descentes là, ils nous disaient « allez, on vous prend les bras. » »

c) Une pratique adaptée grâce à l'enseignant en activité physique adapté (EApA)

- Que ce soit dans la promotion du dispositif ou pendant les séances, il était bien précisé qu'il s'agissait d'une **pratique d'activité physique adaptée** aux patients présentant une obésité, un diabète ou des maladies cardio-vasculaires. Cela créait un **cadre sécurisant** et permettait aux patients d'apprécier au mieux les séances d'activité physique.

P3 : « Moi, ce qui m'a plu c'est qu'on allait faire quelque chose d'adapté à moi. (...) Pour les personnes qui ont des problèmes de santé, qui veulent changer leur vie en fait en douceur c'est bien de commencer comme ça. C'était bien expliqué que c'était adapté à notre situation, notre état de santé. (...) Moi, ce qui m'a plu c'est qu'on allait faire quelque chose d'adapté à moi.»

P7 : « Il va nous faire faire ce qu'on peut nous. Que ce soit adapté à chacun. »

- La **pratique était progressive** au fur et à mesure des séances et évitait toute pénibilité, ce qui la rendait d'autant plus accessible.

P8 : « Au début on disait à Christophe « arrête on peut pas faire ça » mais lui il a insisté en disant « mais non on va continuer on va faire tout doucement » Et puis on a continué. »

d) Le groupe : une dynamique et une sécurité

Le **groupe** était un moteur pour les patients. C'était une **source de motivation** mais aussi de **cohésion et de sécurité**. L'attention inter-participants a été très appréciée.

P4 : « J'ai le courage quand on est ensemble (...). Mais quand je suis seule, je m'ennuie d'y aller seule. »

P5 : « Déjà pour la motivation, quand on est plusieurs ça motive plus que quand on est seul. »

P6 : « Avec le groupe ça motive plus. Toute seule j'ai la flemme. C'est difficile. »

P8 : « Si je suis absente, je n'y étais pas la dernière fois parce qu'il faisait très chaud et ben tout le monde me téléphonait « allez P8, pourquoi t'es pas venue ? » (rires) (...) Toute seule parfois on est perdu , on court on marche mais on a la tête ailleurs. En groupe on est là physiquement et psychologiquement aussi. On est là. En groupe ça parle, ça chante parfois, ça s'amuse, ça fait du sport vous voyez ? on bouge trop.»

P8 : « Pendant le ramadan je suis partie 2 fois pendant le ramadan, il y en a une qui m'a ramené un truc en me disant « si jamais tu as soif, tu vas tomber dans les pommes on te fait manger ça ! » (rires) non mais c'est formidable. »

e) *Une population ciblée : sentiment d'être concerné*

Le fait de cibler une population précise pour l'accès au dispositif a permis aux patients de se sentir **plus à l'aise**.

- Tout d'abord, l'activité physique entre patients atteints de pathologies chroniques favorisait **l'échange, le partage de leur vécu**. Ils se sentaient soutenus face aux difficultés de la reprise de l'activité.

P3 : « Et là j'ai vu « adapté », il y avait vraiment le détail, obésité, sédentarité, hypertension, diabète, je me suis dit « c'est fait pour moi ça ! » »

P3 : « On se comprend et puis si on est là c'est qu'on a un problème de santé donc on vit tous les mêmes choses. Ça aussi ça rapproche (...) je me sentais moins mal à l'aise aussi. »

P7 : « Elle a eu une maladie aussi importante, elle a eu un cancer, donc elle a fait ce sport-là. »

P8 : « Au début c'était difficile on marchait, pas simplement moi mais les dames qui sont avec moi aussi. Parce que une elle a l'arthrose, l'autre elle a le cœur. Au début c'était très difficile pour tout le monde ! »

- Ensuite, l'appartenance des patients à une **catégorie socio-professionnelle similaire améliorait la cohésion et les échanges dans le groupe**.

P3 : « Je sais pas j'ai l'impression que le fait qu'on soit un peu tous de la même catégorie sociale, on se comprend... je sais pas, c'est bizarre (...) qu'on pouvait partager... et pas se sentir exclu en fait. Donc ça, ça m'a attiré. »

P1 : « C'était vraiment ciblé sur le quartier. »

f) *Une promotion du dispositif avec de multiples relais de communication auprès des personnes et une facilité d'accès à cette action.*

- On retrouvait une **multiplicité des moyens de communication** utilisés auprès des patients afin de les sensibiliser et de les attirer vers l'inscription (associations, assistante sociale, médiatrice, gazette, professionnels de santé, promotion par le patient lui-même auprès de son entourage, internet)

P9 : « La dame m'a dit « le sport c'est bien » (...) la dame de l'association, Sonia, l : C'est la médiatrice, c'est ça ? P9 : oui, après je suis venue avec une dame de l'association. »

P8 : « D'ailleurs moi je conseille à tout le monde, j'ai des copines, des amis que je connais je leur dis « allez faire du sport allez faire du sport » (rires) J'ai une amie aussi que j'ai inscrite chez Christophe, c'est une amie intime quoi. »

P8 : « C'était juste Mme N... , mon assistante sociale c'est elle qui m'a orientée vers ce

groupe-là. C'est elle qui m'a proposé ça. »

P6: « Vu que tous mes amis ils y allaient, j'y suis allée. (...) Quand j'étais au journal de Valdegour, on a demandé à « JEF » comment faire pour faire du sport et il a donné le nom de l'association.»

P5 : « J'étais à l'école chez Jean-François, après c'est lui qui m'a parlé de l'association. »

P4 : « Et après j'ai trouvé ici l'association, quand j'étais à l'école de Valdegour j'ai entendu « Bougez sur ordonnance ». »

P3 : « Je vous ai dit c'est le Dr J. l'endocrino qui m'en a parlé . Elle m'a donné le site internet « Nîmes sport santé » (...) Et on a eu une hospitalisation d'une semaine pour me parler de tout en fait. Et c'est là qu'on m'a parlé de « Bougez sur ordonnance ». »

P1 : « Alors il y avait un petit article dans la gazette qui incitait les gens un peu ... »

- L'accessibilité au dispositif et l'inscription apparaissaient **faciles et rapides** pour les patients.

Cette accessibilité était facilitée par une action de proximité avec l'intervention d'intermédiaires au sein des associations qui **prenaient les rendez-vous pour les patients** qui parlaient une langue étrangère.

P1 : « Et je suis allée, j'ai pris un rendez-vous pour se connaître. Il m'a dit donc qu'on avait rendez-vous la semaine d'après. »

P3 : « J'ai laissé un message email à Dorian qui m'a mis directement en relation avec Christophe Martinez qui fait « Bougez sur ordonnance » et ils m'ont rappelé pas très longtemps après pour me dire que le programme commence à telle date, on se voit on fait la pré-évaluation et voilà. »

P4 : « On était à l'école de sport et j'ai demandé au monsieur qui m'a dit qu'il y avait l'association qui fait le sport. Il m'a dit il va appeler. Il a appelé et ils ont accepté et après j'y suis allée. »

P7 : « Dès que j'ai su elle m'a amené voir Christophe, elle en a parlé à Christophe et puis j'ai été le voir et il a dit pas de soucis. C'est là que ça a commencé. »

g) Un système d'évaluation initiale / finale et au quotidien

- Le système du **carnet de suivi** a permis une **autonomisation** en dehors des séances hebdomadaires. Il s'agissait d'un **outil didactique** pour le patient qui avait en main des **objectifs précis à atteindre**.

P3 : « Et puis ce carnet ça nous motive à bouger dans la semaine puisqu'on note les activités qu'on fait chaque jour et c'est vrai que moi dans la semaine je faisais rien. Là je m'oblige en fait, je m'oblige. Avant je me disais, je sais pas moi. Si je dois faire quelque chose, hop je remets au lendemain ! Là non j'y vais tout de suite, allez hop ! Et tous les jours je m'oblige. »

P7 : « Après je me dis « si, il faut que je reprenne » parce qu'on a les carnets à marquer les cœurs qu'on a aussi. Le carnet je devais suivre donc ça me motivait. Même en dehors des séances (...) chaque jour à la maison on note les mouvements qu'on a à faire à la maison. »

- Le système d'évaluation initiale et finale avec la **comparaison des résultats apparaissait comme une source de motivation** pour les patients. Ils **souhaitaient améliorer leurs compétences** et cela les invitait à poursuivre leurs efforts.

P8 : « Et en plus on fait le test à la fin, on est curieux de voir notre travail. Ce qu'on a fait quoi, si on a évolué. Les résultats. Pour moi en tout cas. (..) ça me permet de voir si ça m'a fait du bien, si ça a arrangé, si ça marche bien et du coup continuer. »

P7 : « J'en faisais 90 quand il m'a fait faire les tests. On avait fait un entretien ici au centre, et là j'en suis à 87. »

P3 : « La première séance d'évaluation, il a testé les aller-retours pour voir la distance quand je me suis arrêté j'ai pleuré. J'arrêtais pas de pleurer parce que je ne m'étais pas rendu compte à quel point mon corps il était... il était mort en fait ! Aujourd'hui c'est la fin d'évaluation donc il va me dire si j'ai amélioré mes performances. J'étais pas contente de moi au début. (...) C'est là qu'on voit la différence, j'ai hâte de voir aujourd'hui ce que ça va donner ! »

- L'évaluation initiale a été tout de même **accessible et avait servi d'électrochoc pour une patiente.**

P1 : « Oui je l'ai fait mais à la fin j'étais pas mal essoufflée mais oui je l'ai fait. Enfin ce n'était pas grand-chose quand même. »

P3 : « La première séance d'évaluation, il a testé les aller-retours pour voir la distance quand je me suis arrêtée j'ai pleuré. Je n'arrêtais pas de pleurer parce que je ne m'étais pas rendu compte à quel point mon corps il était... il était mort en fait ! »

h) Activités proposées diversifiées et choix de la marche comme activité principale appréciée

La marche nordique a été l'activité principale et a été appréciée. La **diversification des exercices** et la découverte de nouvelles activités a été primordiale pour l'adhésion. Les patients appréciaient la **prise en charge de l'ensemble du corps.**

P5 : « Les étirements je faisais pas avant c'est nouveau (...) on a fait de la marche et des exercices pour tout le corps et ça c'est une journée qui m'a plu. »

P6 : « Tous les exercices qu'on fait c'est bien. »

P7 : « C'est des trucs bêtes mais on n'a jamais fait quoi. Mais pour nous c'était des nouveautés. On courrait comme des enfants et il fallait toucher les piquets. Nous qu'on n'a pas couru ça fait des années. (...) il y a beaucoup de mouvement, beaucoup de... des étirements tout ça. »

P8 : « Et puis on cherchait aussi les bornes là. On faisait la course d'orientation. »

P9 : « j'ai appris à chercher quelque chose (...) Pour aller à la campagne on a cherché sur des cartes des numéros. »

P1 : « Moi la marche j'ai toujours bien aimé, j'aime bien faire des randonnées. »

P4 : « Moi le sport de marche c'est bien. »

i) *Gratuité du dispositif*

- La **gratuité** du dispositif a amélioré son accessibilité et est resté un facteur d'adhésion important pour certains.

P1 : « Je me suis dit tiens ça n'a pas l'air mal en plus en ce moment je préfère quand c'est gratuit (...) on a des soucis d'argent... des soucis... on sait pas si on va pouvoir rester ici. Ca pèse. »

P4 : « Je lui ai dit il y a la salle de sport, elle a dit quand c'est gratuit elle va y aller. »

- Et au contraire, une autre ne considère pas l'accès payant comme un obstacle :

P4 : « C'est pas un problème d'argent. »

j) *L'AP abordée comme un loisir*

Le dispositif proposait **d'allier loisir et activité physique** proposant l'activité de façon ludique. Le jeu faisant diversion, le patient pouvait se déconnecter de ses douleurs liées à l'effort.

P8 : « On poinçonnait et on courrait, tout le monde courrait partout pour chercher la borne. On était en 4 groupes, et tout le monde voulait gagner. On courrait à droite et à gauche (rires) et en même temps c'était du sport, on montait on descendait mais on sentait pas. (...) Je mets une petite musique à la télé, je commence à faire. »

P7 : « On avait été à la Bastide et on tirait les freesbees et à chaque fois il fallait qu'on court jusqu'à làbas. On devait toucher les piquets qu'il y avait et chaque piquet il fallait qu'on reprenne de ce piquet-là et qu'on reparte. Et c'est nous, les 3 premiers : allez Z..., Allez K..., ils criaient derrière nous, allez allez, et on est arrivés les premiers donc ça nous a plu nous. Ce qui nous a plu c'était de courir, de lancer comme des enfants quoi ! »

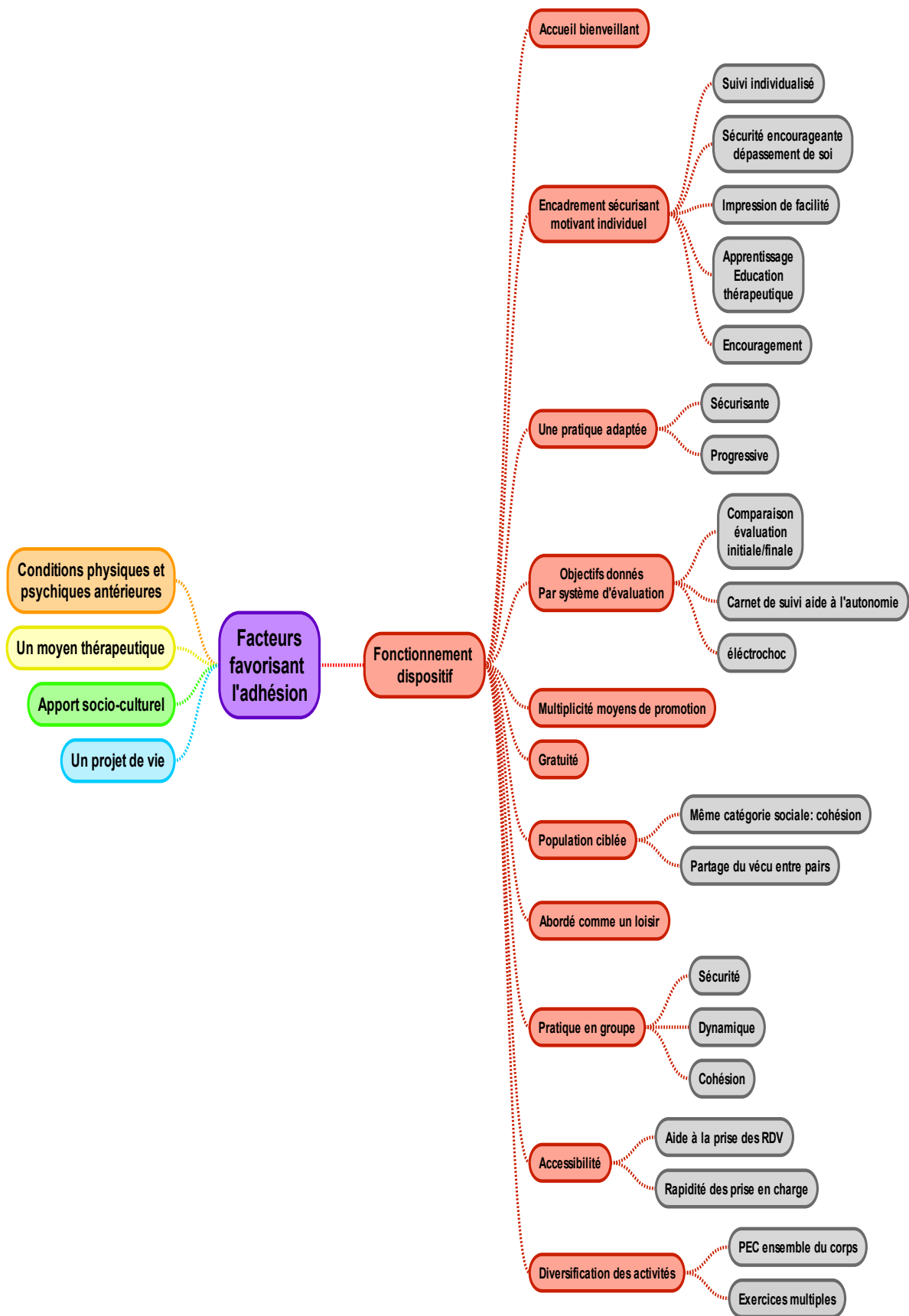


Figure 10 : Facteurs favorisant l'adhésion au dispositif, fonctionnement du dispositif

3. L'activité physique : un moyen thérapeutique efficace

a) Echec des tentatives thérapeutiques antérieures

Les patients rapportaient avoir tenté antérieurement **plusieurs types de prises en charge** pour leurs douleurs, leur poids ou leur raideur articulaire **mais sans succès**. Un nouveau moyen thérapeutique était alors à disposition.

P1 : « Aussi bien au niveau « régime » parce que j'en fais plus, j'en ai fait toute ma vie. Bon faire un régime j'en fais de temps en temps, perdre du poids j'ai beaucoup de mal maintenant. »

P3 : « Et j'ai essayé de perdre du poids par moi-même, rien à faire... pendant 2 ans. »

P4 : « Avant je faisais le kiné parce que j'avais mal au dos et depuis que j'ai commencé le sport je vois ça va mieux. »

P7 : « Par rapport au poids il me disait oui faut faire ça faut faire ci. Que des conseils sur la nourriture, enlever le gras pas trop manger. Avant je faisais des petits régimes, j'ai le vélo de la maison, je faisais un peu de vélo mais sans plus et ça ne marchait pas. »

P8 : « Au début, même je suis passée chez un kiné et ça n'a rien donné. »

b) L'AP : un moyen thérapeutique prévisible

- les **connaissances et croyances antérieures des bienfaits de l'AP sur la santé** ont été un facteur clé pour favoriser leur adhésion.

P9 : « Le sport c'est bien pour la santé. »

P1 : « Ben là c'est une question de santé. »

P2 : « Quand je marchais je respirais pas bien, c'était difficile, mais j'étais contente parce que c'était bon le sport. »

P5 : « Pour les personnes qui ont le diabète ça aide à guérir en fait. »

P6 : « C'était pour que je me sente plus agile que je me sente mieux dans mon corps (...) Le diabète, à cause de la maladie et comme il a augmenté il a dit qu'il fallait faire du sport. »

- Ces connaissances ont été permises par la **promotion de l'AP dans la société** par différents intervenants (professionnels médicaux, internet, moyens de communications audiovisuels...)

P1 : « Ben moi on me dit toujours qu'il faut que je bouge. On me rabâche les oreilles en me disant qu'il faut que je bouge (à la télé, partout) (...) ben à chaque fois que je voyais un docteur, il me disait de bouger, de perdre du poids, de faire un régime. »

P4 : « Même le docteur il m'a dit faut faire du sport (...) Même mes enfants ils me disent « maman on va aller dans une salle de sport » mais j'ai dit non. »

P8 : « Parce que il y a tout le monde qui parle de ça maintenant : du sport c'est la santé. »

P7 : « J'écoute beaucoup des émissions je m'intéresse donc je savais que c'est bon pour la santé et tout ça. »

-Les patients avaient des **objectifs précis** au moment de l'adhésion. L'observance était donc améliorée.

P3 : « Donc j'ai décidé de me tourner vers eux... d'aller voir un endocrino. Déjà par rapport au diabète et euh... et c'est là que j'ai pu parler à une diététicienne etc etc et c'est là que j'ai pris la décision de faire une sleeve.(...) Donc le diabétologue a dit que si je perdais du poids , il y avait possibilité que le diabète parte aussi mais bon... possibilité seulement.(...) J'ai un objectif... je veux redevenir comme j'étais avant en fait. Voilà parce que j'ai pas toujours fait ce poids-là.(...) j'ai envie de chercher du travail. Travailler. J'ai même le statut de travailleur handicapé mais j'ai pas envie de l'utiliser. Mon but moi maintenant c'est ça. »

P1 : « Après, la raison principale de bouger c'est plus une question d'esthétique c'est pour le diabète (...) et faire baisser le diabète, il paraît que ça marche. »

P4 : « Je me suis dit vaut mieux m'inscrire dans le sport comme ça je fais le sport pour me muscler et ça va bien marcher. (...) Je voulais que je perde le poids (...) Et je vais perdre plus que ça. »

P8 : « Parce que au début je vous assure j'ai pas accepté ça. Quand il m'a dit vous avez le diabète et il faut commencer le traitement j'ai dit « ça va pas ! » c'est sûr, j'ai pas accepté ! je me suis dit il faut que je le fasse partir et du coup j'ai commencé comme ça. (...) Regardez je le bouge trop ! Moi j'ai décidé de voir le résultat et je l'ai eu. »

c) L'AP sur prescription : une sécurité

La nécessité d'une **prescription initiale crée un climat de sécurité** pour le patient.

Cela renforce encore une fois la particularité de cette pratique qui apparaît « **adaptée** » à leur état de santé.

P1 : « Je ne sais pas si je dois forcer ou pas. J'aurai besoin d'un avis médical. »

P3 : « Oui que ce soit par rapport à votre santé, que ce soit adapté, je me suis dit « n'aie pas peur , ça va pas être un truc où on va te demander de faire comme dans les salles de sport, où on suit pas ton rythme, c'est ou tu nous suis ou tu restes derrière. Non pas du tout. Ça m'a conforté et je pense que c'est pas que moi. Et aussi le fait que ce soit prescrit sur ordonnance ça donne un peu plus confiance. Je sais pas comment vous dire, ça fait un peu moins peur d'aller faire du sport, je pense. »

d) Malgré des difficultés à l'initiation...

Ils ressentent tous initialement des **douleurs ou des difficultés à la réalisation des exercices lors des premières séances** d'activité physique. Mais cela n'est pas apparu comme un obstacle insurmontable.

P5 : « La première fois qu'on nous demandait de faire les mouvements j'y arrivais pas (...) Au début il y avait des difficultés. »

P6 : « *Le premier jour j'avais des courbatures. »*

P7 : « *Au début, ça fait mal partout quand on rentre. Surtout celle de Marcel Rouvière parce que c'est assez euh... au début ça fait mal quand vous prenez les 2 piquets que vous les mettez là dans le dos, qu'on l'a jamais fait ! en rentrant on a mal partout. »*

e) *Prise de conscience des bienfaits ressentis rapidement*

- Les bienfaits ont été **nets et rapides**. Ils ressentait une **amélioration de leurs conditions de vie** au quotidien avec un **soulagement physique**. Ils constataient à court et long terme une **perte de poids rapide et constante**, une **meilleure adaptation à l'effort**, une disparition de leurs douleurs invalidantes et une **amélioration de leur diabète**. L'AP était **revitalisante** pour eux.

P9 : « *Parce que les muscles ils font mal et quand je fais le sport ça va mieux. »*

P2 : « *C'était difficile (...) les courses, mais aujourd'hui c'est bon, quand j'ai continué le sport ça allait mieux (...) j'ai perdu des kilos. »*

P3 : « *Mon souffle il est meilleur, je tiens mieux la route on va dire (...) je vois la différence. »*

P4 : « *Je vois qu'avant j'étais à 96 kg et je vois que j'ai perdu 3 kg. »*

P5 : « *Avant je m'étouffais mais depuis que je fais du sport je me sens mieux. (...) Après dès que j'y vais je me sens mieux physiquement. (...) Maintenant je fais plus de choses, je fais des mouvements avec les bras, je travaille tout le corps. »*

P6 : « *Au travail je travaille plus vite maintenant. Maintenant je pourrais faire 30 chambres ! (...) maintenant je me réveille facilement. »*

P7 : « *Maintenant, je me sens beaucoup mieux, Moins essoufflée, moins fatiguée, moins mal partout ! Le sport l'activité ça y compte beaucoup (...) on fait 4 kilomètres à pied, ça faisait un peu mal puis après vu les séances, et ne pas trop y penser... je n'y pense même plus. »*

P8 : « *Et le poids ! Elle a perdu du poids ! Je faisais 70 kg au début quand j'ai commencé et maintenant je suis à 68. Ca va 2 kg en 2 mois c'est bon ! (...) j'étais à 9,5 d'hémoglobine glyquée avant de commencer et ben maintenant je suis à 5,5 ! »*

- L'AP leur a apporté un **bien-être** psychologique. Ils se sentaient moins déprimés, moins irritables et plus joyeux.

P8 : « *Que du Bonheur, de la joie. Ça se voit qu'on est heureux vous voyez ? »*

P2 : « *Le moral quand je fais le sport c'est bon. »*

P3 : « *Je suis beaucoup plus souriante, énergique, je m'énerve moins, bref il n'y a que des effets positifs franchement ! »*

P5 : « *Je me sens mieux dans mon esprit, je suis moins tendue qu'avant (...) il y a une différence avec avant, même quand je suis à la maison je me sens bien. »*

P7 : « *De partout ! Au moral surtout ! moi oui le moral (...) du bien-être. »*

P8 : « *J'étais tout le temps de mauvaise humeur. Et maintenant non. Je suis là je suis bien. Je fais du sport, c'est ça qui est dans ma tête. On dirait que le sport il va tout enlever. Il va tout débarrasser les mauvaises idées que j'ai. C'est vraiment bénéfique pour ça. »*

- Ils ont ressenti du **plaisir à pratiquer** et non de la souffrance.

P3 : « Non franchement je me régale à chaque fois. Personnellement c'est un régal. J'adore y aller même si je suis malade. »

P5 : « Ça me plaît de faire du sport avec l'association. »

P6 : « Que du positif, déjà ça me plaît. »

P8 : « On a rigolé. »

P9 : « J'aime continuer le sport. »

- Une **revalorisation** avec un sentiment de fierté et de courage était très présente. L'estime de soi était renforcée par l'entourage.

P3 : « Moi ça m'a montré que j'étais capable déjà ! Que arrêter de se dire « non c'est pas possible et tout », de s'inventer des excuses en fait. Non je suis capable, je peux le faire, L'expérience m'a fait comprendre que je pouvais, les choses elles étaient entre mes mains, après il n'y a qu'à les utiliser (...) je le dis à mon entourage. Même eux me le disent. Ils me disent « t'es complètement différente ». »

P4 : « Les autres ils respiraient mal et vite et j'ai rigolé et je leur ai dit « moi je fais le sport je suis pas comme vous ! » je vois que pour moi ça va, je suis pas comme avant. »

P4 : « Même les autres ils m'ont dit « moi aussi je veux y aller je vois que tu maigris et tout, tu es en forme ». »

P5 : « Les gens dehors ils me disent que j'ai perdu du poids. »

P7 : « Là j'en suis à 87, mine de rien depuis le 19 avril, c'est quand même déjà pas mal. »

P8 : « Et tu vois quand on est ensemble, quand on se rencontre elle me dit « Ouais tu as fait rentrer ça (en montrant son ventre) », je lui dis « toi aussi t'as fait rentrer ça ! » Tu vois c'est une concurrence entre nous les femmes ! (rires) C'est bien, de toute façon je regrette pas du tout ! Ça nous motive. »

P7 : « Ben on a gagné même ! (rires) Moi , cette dame-là et puis même... ben les 3 foulards c'est nous qui avons gagné ! »

- L'AP **améliorait leur vécu de la maladie** avec une meilleure acceptation.

P8 : « Maintenant ça m'a permis beaucoup de choses surtout pour ma santé. Avant j'étais tout le temps angoissée, j'ai peur de ma maladie. Maintenant j'ai complètement oublié, même ma maladie, je trouve que c'est une maladie comme toutes les maladies, j'accepte ça. On pense plus aux maladies qu'on a, c'est comme si on avait un vide dans la tête vous voyez ? ça rafraichit le cerveau. »

P9 : « Quand je suis malade, je continue ça aide dans la maladie. »

P8 : « Ça donne beaucoup de courage de continuer à vivre et de ne pas penser au mal qu'on a. »

- Ils ont alors eu une **prise de conscience** de l'importance de s'occuper d'eux même par la pratique de l'AP et des conséquences de leur sédentarité antérieure. Il y a eu une modification de leurs idées reçues par le constat que **l'AP était accessible à tous**.

P3 : « On voit la vie autrement, comment la vie devrait être, comment on devrait prendre soin de son corps on se rend compte qu'on s'est mis seul dans cet état, qu'on aurait pu

l'éviter avec quelque chose qui n'est pas forcément si désagréable que ça (...) On se rend compte aussi à quel point on est inactif en fait.»

P4 : « Je suis grosse et quand le poids ça augmente j'ai mal aux genoux. »

P5 : « Au lieu de rester à la maison à rien faire, autant faire du sport c'est mieux que de rester à la maison à rien faire. »

P7 : « Je ne sais pas si c'est à force de rester à la maison. Tiens j'ai mal par ci j'ai mal par là, comme il n'y a rien à faire. On a mal de ce côté, on a mal là (...) c'est l'inactivité, je restais assise, par exemple l'après-midi je restais assise devant la télévision toute l'après-midi. »

P8 : « Il n'y a pas d'âge pour faire du sport, un sport qui convient à la personne (...) Comment vous voulez qu'on perde? On mange on est là, (rires) on ne bouge pas trop. »

f) Un médicament en soi : diminution ou arrêt des thérapeutiques médicamenteuses

- L'AP leur apportait un tel soulagement physique et moral qu'elle apparaissait **plus efficace que tout antalgique**. Depuis leur participation, leur **consommation en antalgiques était réduite voire complètement arrêtée**.

P3 : « Je prenais des benzodiazépines, les antidouleurs, j'avais un bon petit stock (rires). Et là le fait de les avoir enlevés et maintenant le sport au-dessus, je me dis « mais je me suis empoisonnée en fait ! » j'ai maltraité mon corps en fait, je l'ai empêché de respirer... Ouais voilà, là je RESPIRE ! »

P3 : « Le corps, c'est un médicament pour lui, c'est mieux que de se gaver de médicaments d'antibiotiques dès qu'il y a un petit truc. Si on faisait du sport, si on se renforçait, si on mangeait bien, on se rend compte de tout ça en fait et ça éviterait beaucoup de prise de médicaments. On pourrait se traiter nous-mêmes sans en arriver au chimique. »

P4 : « Depuis que j'ai fait le sport j'ai fait faire les radios, l'examen avec le docteur, même les seins et il m'a dit tout va bien. Il n'y a pas un truc grave (...) ma situation ça va aller mieux et il y a beaucoup de chose qui vont me soulager. »

P7 : « Ben depuis que je fais maintenant, je ne prends même plus d'anti-inflammatoire, je n'en prends plus. C'était beaucoup avec kétoprofène (...) Et maintenant tout ça j'en prends plus (...) Mais maintenant j'ai retiré tout ça. Même du doliprane je le prends plus. »

P8 : « Il ne faut pas négliger le sport parce que c'est très efficace et c'est peut-être même plus efficace qu'un médicament je vous assure. C'est un traitement vraiment, le sport c'est un traitement. »

- Il en a été de même pour le diabète. Le patient a eu par lui-même la **preuve de son efficacité**.

P8 : « Quand je vais le matin je prends ma glycémie, je trouve que j'ai par exemple 1,18-1,19 et quand je fais du sport je reviens je me repose un petit peu, je reprends, c'est juste la curiosité vous voyez (rires) pour voir si vraiment ça marche vraiment et ben je le fais et je trouve 0,98-0,99, vous voyez ? »

g) L'AP devient un besoin

- La pratique de l'activité physique n'était plus une obligation mais **devenait un besoin**. Elle était ressentie comme une manière de vivre au quotidien tel un **rituel** ou une **addiction**.

P3 : « C'est important de faire un petit peu de sport. Le corps il en a besoin, ça nous fait vraiment nous rendre compte que notre physique a besoin de s'activer, de sport. On s'en rend pas compte. (...) Une fois je suis pas venue j'étais dégoutée parce que j'étais malade. »

P4 : « Avant ça m'intéressait mais j'avais pas envie d'y aller comme ça. »

P7 : « J'éprouve ce besoin de le faire. »

P8 : « Mais maintenant non, d'ailleurs si un jour je vais pas, je me suis absentée, je regrette vraiment cette journée. C'est dans la tête aussi. Si je fais pas de sport c'est comme si quelque chose me manquait (...) Maintenant c'est sacré pour moi, c'est comme ma prière, le sport c'est comme la prière ! (rires) Tous les jours (...) Je suis rentrée dans un engrenage je peux plus en sortir, c'est formidable. »

h) Des bénéfices secondaires : élargis à la sphère familiale

La pratique de l'AP du patient a eu des **répercussions sur la pratique au sein même de la famille**.

Celle-ci a été facilitée par la mise à disposition du carnet de suivi. Il y a eu une **prise de conscience de l'importance de l'éducation sportive familiale**.

P4 : « Je voulais qu'elle fasse le sport parce que je vois les gens ils restent à la maison et ils font que manger manger et après ils veulent faire le sport et c'est trop tard. Je veux qu'ils le fassent dès tout petit. Je vois les 2 dernières petites ça les aide le sport parce qu'à la maison avec le carnet elles font avec moi. Le cahier c'était bien parce que je regarde je fais avec mes enfants. Même ma fille elle me propose de mettre internet et on regarde le sport et on recopie (...) Je vais me renseigner pour voir si il y a une salle de danse pour ma fille parce qu'elle fait 40 kg et elle a 10 ans et je voulais qu'elle maigrisse et je vais me renseigner là bas pour voir. »

P9 : « Pour les enfants on peut aller se promener. »

P3 : « Ce serait une bonne chose de commencer par les gosses ! Ça commence avec les enfants pour avoir un corps solide. Moi je faisais pas du tout de sport, à 16 ans je me suis retrouvée avec une scoliose, je faisais pas attention à mes postures. Je faisais pas beaucoup de sport et voilà. Si on nous apprend dès petit... ça devient une façon de vivre ! Mais il n'est jamais trop tard ! »

i) Des bénéfices secondaires : modification des habitudes alimentaires

- Cette nouvelle manière de vivre a été élargie à d'autres domaines et notamment aux habitudes alimentaires qui ont été modifiées. Les patients **faisaient plus attention à manger plus sainement**.

P7 : « Je mange moins, je fais attention à ce qu'il faut manger... j'essaie ! c'est pas facile tous les jours mais on essaie. »

P8 : « Du coup après 1 mois et demi de sport avec un régime bien sûr, je ne mange plus de sucreries, je prends beaucoup de légumes à la vapeur, je prends des fruits, je mange plus les pâtes, le pain tout le tralala avec en plus le sport ben il a baissé à 5,5. »

P1 : « Là j'essaie de ne pas manger trop sucré pas trop salé. »

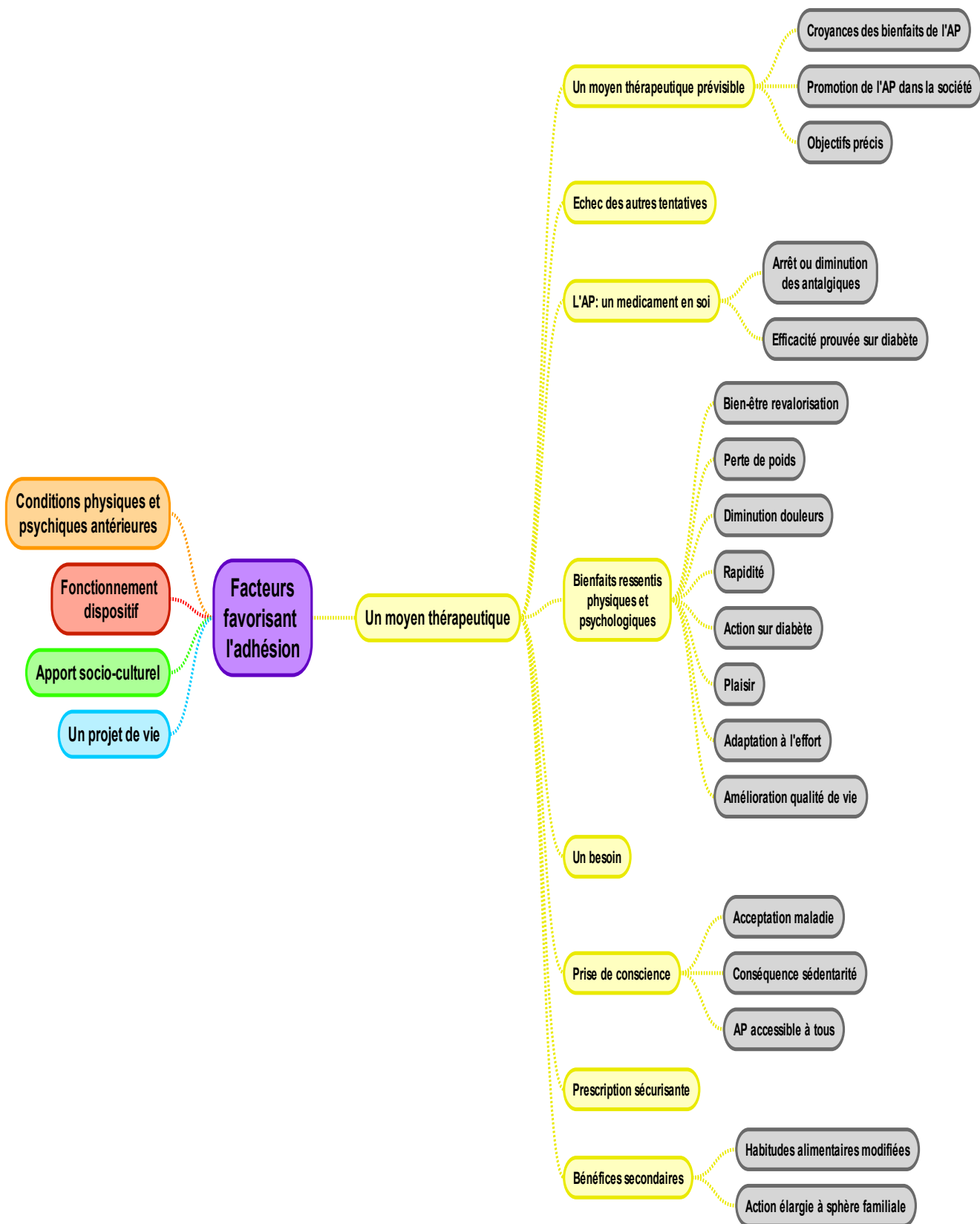


Figure 11 : Facteurs favorisant l'adhésion au dispositif, un moyen thérapeutique

4. Un apport socio-culturel évident

a) Un moyen de se sociabiliser

- La **solitude était pesante** pour les patients avant leur adhésion au dispositif. Celui-ci était décrit comme une réponse à leur solitude et **facilitait leur insertion dans le quartier et la société.**

P3 : « *Quand je sortais c'était pour aller aux rendez-vous médicaux, c'était obligatoire. »*
P4 : « *Moi je travaille pas je reste à la maison et avec le sport comme ça je sors tout le temps. C'est pour ça que ça me pousse. J'ai une amie on y va ensemble et comme ça on discute en faisant le sport. Quand on est ensemble je vois je fais quelque chose dehors. »*
P5 : « *Ca nous occupe. »*
P6 : « *Avant je restais à la maison. »*
P7 : « *Ca m'a fait du bien de ne pas être seule déjà (...) donc d'avoir rencontré des gens... »*
P8 : « *Ben j'étais une femme seule. Je connaissais pas assez de monde. Parce que être seule toujours c'est dur (...) Je préfère le groupe. On a un contact du coup. »*
P9 : « *Le groupe c'est bien (...) parce que je vais avec les autres »*

- La participation au dispositif a permis de **lutter contre l'isolement** existant au sein du quartier. Les patients faisaient part de leur absence de contact au sein même de leur quartier et ce même après plus de 10 ans après leur arrivée.

P7 : « *On n'organise pas forcément des choses entre nous. Voilà c'est pas toujours facile vous savez (...) oui sortir de son quotidien. »*
P8 : « *Non j'ai juste un voisin ou des gens que je connais de l'Algérie. C'est tout, je ne suis pas intégrée dans des associations ou quelques choses comme ça. »*
P5 : « *On fait des sorties. »*

- Non seulement le dispositif leur a permis de rencontrer de nouvelles personnes mais il s'est réellement créé un **lien fort et durable entre les participants** avec le sentiment d'appartenance à une équipe.

P7 : « *Parce qu'on est une bonne équipe (...) Ils sont aimables (...) On se sent bien. (...) puis au fil des semaines on se racontait nos vies, combien on a d'enfants, qu'est-ce qu'on fait. (...) On veut revenir avec eux. »*
P8 : « *On est devenus vraiment attachés je vous assure. »*
P6 : « *On a un bon groupe. »*

b) La mixité sociale : partage et intégration

- Malgré une **méfiance initiale** du fait de la mixité socio culturelle...

P8 : « *Eux au début quand on a commencé, moi je porte le foulard quand je sors, il y avait des françaises avec nous, tout le monde se méfiait ! (rires) mais maintenant tout a changé. Avant on avait tous peur les uns des autres mais maintenant ça va. »*

- Cette expérience a permis aux participants de **lutter contre les amalgames**, de **modifier leurs idées reçues** ...

P8 : « J'ai changé. J'ai plus mes anciennes idées d'avant. D'avoir peur du sport, d'avoir peur des gens ! de fréquenter n'importe qui. J'ai moins peur de l'extérieur. »

P7 : « Dès qu'ils nous ont vu arriver ça a été un petit peu... (rires) un petit peu le regard comme ça ... (regarde sur le coté de haut en bas) et au fil des semaines et à nous voir, parce que ce sont des « bon... ce sont des gens avec le voile... certainement ils ne parlent pas français ! » bon il y en a hein, mais nous comme on s'est très bien adaptés avec eux, au contraire maintenant on se fait la bise, tout le monde se fait la bise on est très bien ! »

- Et de découvrir de nouvelles cultures par les **échanges**. Ils se sont sentis intégrés.

P7 : « D'être avec d'autres personnes hors des personnes comme moi quoi. Voilà de côtoyer d'autres personnes (...) Ben par exemple, nous les musulmans, rencontrer d'autres personnes, d'autres cultures. »

P8 : « On discutait un petit peu politique, ça me permet d'échanger des idées ensemble. On connaît mieux les coutumes des autres vous voyez ? On se parle de tout ça. Et on parle de tout, des maladies, de la cuisine, on s'échange des idées , on parle de tout. »

- Ils retrouvaient un **sentiment de liberté**.

P7 : « Mais depuis que je suis dans l'association, ça a changé, maintenant je me dis je suis libre comme tout le monde c'est pas parce que j'ai un foulard que je peux pas faire ce que je veux. »

c) Découverte de nouveaux lieux et nouvelles activités

Le dispositif leur a fait **découvrir de nouveaux lieux** (possibilité de marche dans différentes zones géographiques) et de **nouvelles activités** (course d'orientation par exemple). Cela a été très attrayant pour eux.

P2 : « Quand je suis toute seule, je ne continue pas, je ne connais pas comment faire et où aller. »

P5 : « Parce que dans l'association on fait des découvertes (...) La journée qui m'a plu c'est quand on est partis au bois des Espeisses. C'était la première fois que j'allais là-bas, je découvrais. »

P8 : « On a vu des trucs qu'on a jamais vus. Des anciens trucs romains, des ruines dans la forêt. On a découvert quelque chose de nouveau qu'on connaissait pas. On a découvert un nouveau monde. Le lieu personne ne connaissait avant. »

P9 : « J'ai visité la campagne. »

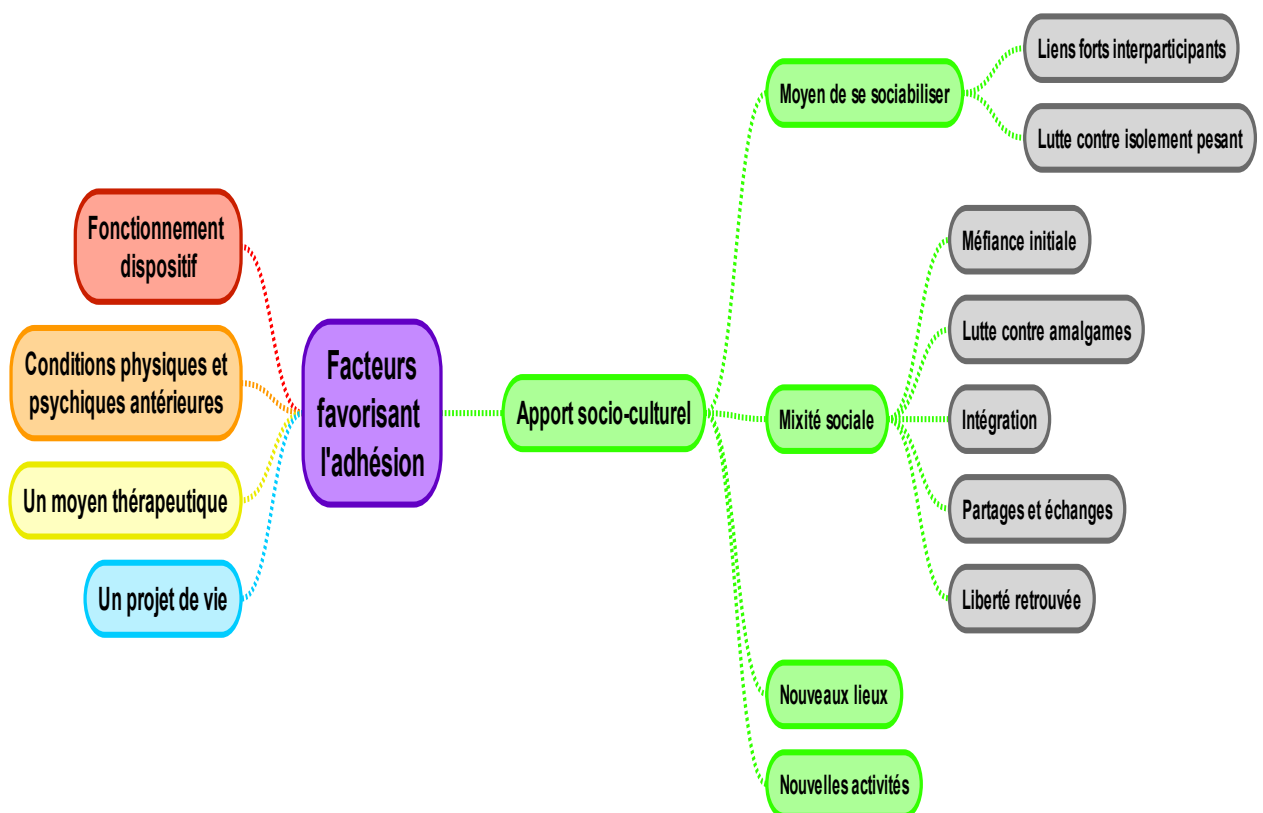


Figure 12 : Facteurs favorisant l'adhésion au dispositif, un apport socio-culturel

5. Un projet de vie...

- Excepté pour la patiente n'ayant finalement pas poursuivi l'expérience, tous les patients ont fait part de leur souhait de poursuivre leur activité physique.

Différents projets étaient envisagés : **l'autonomisation de leur pratique**, la volonté d'une **prolongation du dispositif** ou une **inscription potentielle dans un autre organisme**.

P3 : « Et ça m'a motivé à euh... parce qu'on fait une séance par semaine, ça m'a motivé à bouger dans la semaine en fait. Et tous les jours je m'oblige même si j'ai rien à faire, faire des activités de la marche et je vois la différence (...) mais quand je suis à la maison, là c'est moi qui doit me motiver toute seule, parce qu'il est pas là pour dire « ben non faut y aller ! » non c'est moi. Et avant j'aurais laissé tomber, j'aurais regardé ma télé, ma série. Là non j'y vais j'y vais, faut que je bouge. Et ça c'est en pensant à mon état de santé. »

P4 : « Quand je vais bien aller dans ma tête je vais aller en vacances à Mayotte et je vais faire tous les mouvements et la marche et les exercices. (...) J'ai entendu l'autre jour quand je suis venue ici, il m'a expliqué il y a la salle de sport qui va ouvrir en bas à Valdegour, je vais voir, comme ça on va continuer le sport. »

P5 : « Mais maintenant même si j'arrêtais avec le prof, vu que j'ai vu de nouvelles choses, même si c'est seul individuel j'arriverai à les reproduire. »

P6 : « Même si ça s'arrête aujourd'hui, je continue. »

P7 : « Donc on a dit à Christophe en septembre on recommence ! »

P8 : « Parce qu'il nous a montré Christophe comment il faut faire des petits exercices d'endurance à la maison. Je les fais. Avant je faisais que de la petite marche mais maintenant si j'y vais pas, à la maison je fais toute seule (...). Je vais pas arrêter ! Il m'a dit attention l'année prochaine on va s'inscrire encore. Je lui ai dit avec plaisir et ramène avec toi les gens qui veulent faire ça. »

- Une patiente avait modifié son emploi du temps de travail pour être de congé le jour des séances.

P6 : « Maintenant je suis de repos pendant les jours où il y a le sport. »

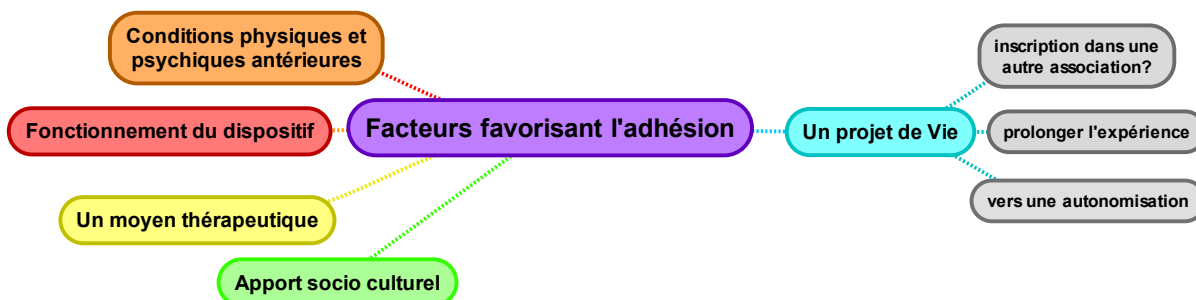


Figure 13 : Facteurs favorisant l'adhésion au dispositif, un projet de vie

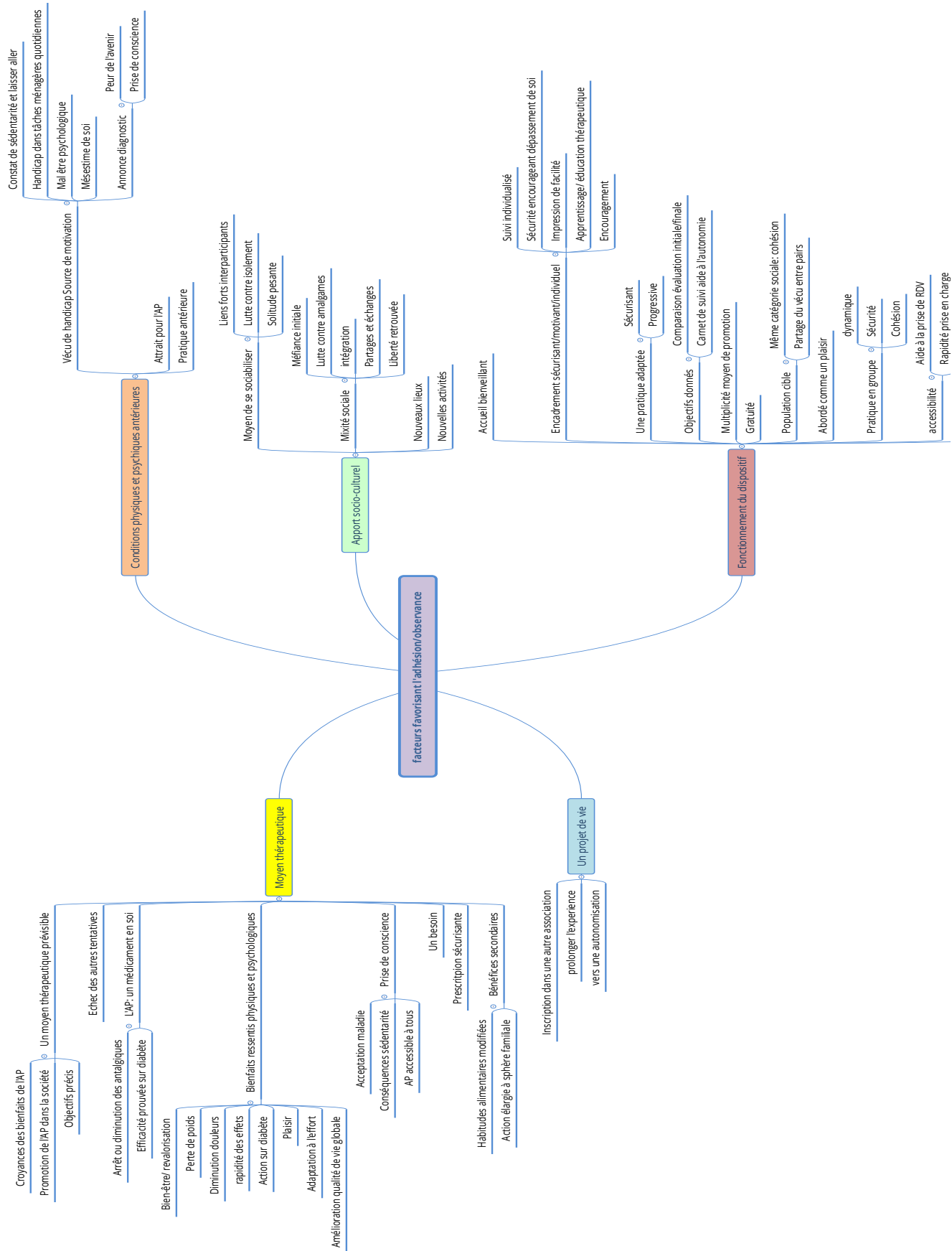


Figure 14 : Résumé des facteurs favorisant l'adhésion au dispositif

V. Leur point de vue sur l'avenir du dispositif

- A la réponse à « qu'est-ce qui vous a déplu ? », il a été difficile de trouver des réponses pour les patients. Les seuls reproches du dispositif étaient finalement que le programme ne dure pas plus longtemps. Ils auraient souhaité que la **fréquence des séances soit plus rapprochée et que la durée de chaque séance soit plus longue.**

P3 : « Ouais aussi que c'est qu'une fois par semaine. Après je comprends aussi, ils ont d'autres choses mais c'est dommage que ce soit qu'une fois par semaine. »

P4 : « Je pourrais faire 2h mais on fait qu'une heure... »

P5 : « Il y a tout qui me plaît sauf que ça continue pas plus longtemps. »

P7 : « Ca aurait été mieux qu'on fasse encore plus, un jour sur 2 par exemple ! Ca aurait été drôlement bien ! »

- Les patients ont été satisfaits du dispositif et lors des entretiens ils ont pour certains évoqué **l'intérêt d'une généralisation du dispositif à la population française globale.**

Ils évoquaient les intérêts en termes de **diminution des dépenses de santé publique.**

P1 : « Ils devraient l'étendre. »

P3 : « Moi j'ai des amis qui étaient avec moi à l'hôpital, ils habitent dans les villages à côté et malheureusement ils n'ont pas pu la prendre à cause de ça. C'est dommage (...) Pour moi ça devrait être élargi à toute la France. (...) Ca ferait des économies au niveau de la sécu parce que ça apprendrait aux gens à bouger. A rebouger. Parce que les gens ils ne savent plus bouger en fait. Franchement je ne savais plus bouger moi. Qui dit bouger dit le poids, un peu moins d'obésité. Un peu moins d'obésité : un peu moins de dépenses au niveau de la sécu. Parce que qui dit obésité dit diabète souvent. Diabète : médicament voire insulino-dépendant. Bref pour tout, l'hypertension tout ça, ça engrange des dépenses de santé. Voilà si on mettait en place des choses comme ça peut-être qu'on remédierait aux problèmes de poids, d'hypertension et voilà. »

- Le patient 1 supposait qu'une **meilleure prise en charge de la douleur** pourrait faciliter l'adhésion au dispositif.

« Peut-être que si j'ai moins de douleur, je sais pas. Si je n'avais pas mal au genou peut-être que je pourrais m'accrocher à y aller. »

DISCUSSION

I. Les résultats principaux

L'objectif principal de cette étude était de se placer du point de vue des patients afin d'apprécier leur vécu de la participation au dispositif pilote « Bougez sur ordonnance ». L'intérêt était de déterminer les facteurs influençant leur adhésion et leur observance.

Les patients apparaissent globalement très satisfaits de leur participation au dispositif. Cette expérience semble avoir eu un impact très positif dans leur vie au quotidien avec une amélioration nette de leur qualité de vie.

Les freins principaux à la pratique de l'activité physique avant leur adhésion au programme étaient principalement la peur d'être incapable de pratiquer, la peur de la douleur et d'un programme inadapté à leur état de santé, leur manque de motivation et leurs conditions physiques trop dégradées. D'autre part, les obstacles culturels avec l'absence d'éducation sportive familiale et un manque d'informations individuelles étaient constants. Malgré la nécessité d'une prescription médicale pour la participation et le besoin d'avis médicaux des patients, on constate que les professionnels de santé sont rarement à l'initiative de cette activité.

A la lecture des entretiens, les bénéfices à la fois physiques, psychologiques et sociaux sont frappants. Certes la plupart des patients avaient au préalable la notion des bienfaits de l'activité physique sur la santé mais cette expérience a constitué une réelle preuve de son efficacité en constatant son effet direct sur leurs maux quotidiens antérieurs. Ainsi, l'activité physique par le dispositif a été vécue comme un moyen thérapeutique efficace, se substituant même à leurs prises médicamenteuses antérieures (notamment les antalgiques). Les patients ressentaient un bien-être à la fois physique et psychologique.

L'encadrement par des enseignants en activité physique adaptée, particulièrement apprécié, a joué un rôle crucial dans l'adhésion et l'observance des patients. Leur accueil bienveillant, tolérant et leur accessibilité étaient un atout dans le dispositif. De même, la dynamique et la cohésion du groupe associées à un suivi, malgré tout individualisé, ont été la clé d'un sentiment d'activité physique adaptée à leur état de santé. La pratique entre « pairs » favorisait l'échange du vécu des difficultés et les encourageait. L'utilisation de systèmes d'évaluation, notamment le carnet de suivi, était un outil didactique donnant des objectifs précis à réaliser au quotidien et permettant une continuité de la pratique de l'AP entre les séances hebdomadaires. Enfin, la gratuité du dispositif a été déterminante dans sa volonté

d'adhésion selon une patiente, mais n'a pas été évoquée par les autres participants.

Ce dispositif leur a permis une prise de conscience de leur capacité, une revalorisation de l'image d'eux-mêmes et une modification de leur comportement en tendant vers une autonomisation.

La dimension socio-culturelle est apparue comme un bénéfice secondaire inattendu et particulièrement important pour les patients. En effet, la population ciblée étant les habitants des quartiers Pissevin-Valdegour, dans lesquels la précarité et la mixité socio-culturelle sont prépondérantes, le rôle social du dispositif est apparu aussi important que l'objectif de santé publique initial. L'adhésion au dispositif a représenté, pour les patients, un moyen de sortir de leur situation d'isolement et a grandement favorisé leur intégration au sein d'un groupe, et ce grâce à la mixité socio-culturelle. « Bouger sur ordonnance » a permis un échange des cultures et une modification des a priori des participants, notamment une lutte contre les amalgames.

II. Forces et faiblesses de l'étude

1. Forces de l'étude

La première force de notre étude est l'originalité de ce travail.

En effet, cette étude a le mérite d'être un sujet au cœur de l'actualité s'inscrivant dans une démarche de santé publique.

La mise en place du projet « Bougez sur ordonnance » étant récente, aucune évaluation qualitative du dispositif auprès des patients n'avait été réalisée à ce jour.

Les études médicales réalisées antérieurement sur le sujet du « sport sur ordonnance » ne s'étaient intéressées qu'à l'opinion des médecins prescripteurs ou à l'évaluation quantitative des bénéfices physiques et moraux obtenus par les patients. Une seule étude qualitative sociologique a été menée par Sandrine Knobe et le Pr Gasparini au sein de l'unité de recherche « sport et science sociales » (E3S) en 2013 à Strasbourg. Elle s'interrogeait sur le rapport à la pratique des patients participant au dispositif « Sport/santé sur ordonnance ». Cette étude est certes très complète mais elle utilisait un guide d'entretien très directif avec de nombreuses questions fermées. S'agissant d'une population ciblée différente en termes géographique (Nîmes) et socio-économique (habitants de la ZUS), la nécessité d'une nouvelle étude qualitative spécifique avec un guide d'entretien ouvert et peu directif prend tout son sens.

Le deuxième point fort de notre travail est l'interrogatoire de l'ensemble de la population ciblée, notamment les patients ne parlant pas le français. Il s'agissait certes d'une possibilité d'avoir un biais d'information du fait des difficultés de communication. Mais elle a surtout le mérite d'avoir tenu compte des avis de tous et de s'intéresser à une population qui est rarement interrogée. En effet, ces patients ayant une éducation et une culture différentes, il était primordial de les interviewer afin de mieux les comprendre et ainsi d'obtenir de nouvelles réponses à celles déjà obtenues dans d'autres études. De ce point de vue, le biais de sélection a donc été limité en interrogeant l'ensemble de la population malgré la barrière de la langue.

Afin de diminuer au maximum le biais d'information lors de l'interrogatoire de patients parlant une langue étrangère, nous nous sommes aidés d'interprètes qui étaient un membre de la famille du patient interrogé. L'utilisation d'interprète informel a été choisie au vu des résultats de l'étude d'Anne Charlotte Gallon et Florence Le Quere, réalisée en janvier 2017, et qui s'interroge sur le « ressenti des patients migrants allophones lors de leurs premières consultations médicales ». (36) Les résultats de l'étude montraient que les patients parlant une langue étrangère se sentaient plus en confiance avec des interprètes informels qu'avec un service d'interprétariat professionnel qu'ils connaissaient mal et qui limitait alors leur liberté de parole. Les questions étaient reformulées à plusieurs reprises lors des entretiens pour faciliter la compréhension des participants.

De plus, le chercheur étant novice dans le domaine de la recherche qualitative, on aurait pu s'attendre à une difficulté lors des entretiens semi-directifs pour obtenir suffisamment d'informations. Or, on constate que malgré cela les participants ont été suffisamment à l'aise et en confiance au vu de l'exhaustivité des réponses.

2. Limites de l'étude

a) Limites liées à la population étudiée

La principale faiblesse de notre étude est le faible nombre de patients interrogés. Celui-ci s'explique par le caractère « pilote » du dispositif qui bénéficiait alors d'un nombre limité de participants possible. 4 personnes ont réalisé l'évaluation initiale et n'ont pu être interrogées. Sur ces 4 personnes, 3 ont été perdues de vue au cours des 8 semaines du programme : 2 ayant participé partiellement aux séances et 1 à aucune séance. Cela entraîne donc un biais d'information car ces personnes ont probablement vécu des freins à leur adhésion que nous n'avons donc pas pu relever. Toutefois, nous avons réussi à interroger une patiente n'ayant

finalement pas participé au dispositif, qui a donc pu nous faire part d'un nombre important d'obstacles à son adhésion. Cela a grandement enrichi nos résultats.

b) Biais de Variabilité

S'agissant d'un premier travail de recherche de ce type pour le chercheur, les réponses des participants ont pu être orientées par celui-ci malgré l'attention particulière et permanente à l'éviter. De même malgré plusieurs relances et reformulations, certains patients n'ont possiblement pas verbalisé l'ensemble de leur point de vue.

III. Comparaison à la littérature

Nos résultats concordent avec les résultats de la littérature, en particulier ceux de l'étude de sociologie réalisée en 2014 à Strasbourg par le Pr Gasparini et S. Knobé évaluant le point de vue des patients participant au dispositif « Sport sur prescription ». (37)

3 grands éléments apparaissent comme essentiel à leur adhésion et observance : l'apport thérapeutique évident, l'apport socio-culturel et l'encadrement efficace par les EApa.

1. Un apport thérapeutique évident

Le premier facteur favorisant leur participation est l'apport thérapeutique du dispositif dont les effets ont été rapides et nets. Tout comme le disait l'ANAES dans son actualisation des repères du PNNS en février 2016, « la pratique régulière d'AP améliore la capacité fonctionnelle et la condition physique, l'estime, la perception de soi et la confiance en ses capacités. Ces facteurs permettent une plus grande autonomie dans la vie quotidienne, favorisant le sentiment de bien-être, la qualité de vie et la participation sociale. » (2) Cela a en effet été retrouvé dans nos résultats et a fait partie des facteurs favorisant l'observance des patients. Le sentiment de bien-être physique et moral était constant. Ils rapportent tous une perte de poids, une amélioration de leur capacité physique avec une amélioration de leur souffle et de leurs douleurs musculo-articulaires.

Les patients, en prenant conscience des bienfaits vécus de l'AP sur leur santé, semblent avoir modifié leur comportement en intégrant l'AP comme un besoin au quotidien. Une des pa-

tientes parlait même de rituel en la comparant à sa « prière ». Leur participation au dispositif a donc provoqué un électrochoc et un bouleversement positif dans leur quotidien en diminuant leur handicap antérieur.

Les résultats de notre étude concordent avec les résultats des études quantitatives réalisées à Strasbourg sur le dispositif « Sport sur ordonnance ». Elles retrouvaient des bénéfices persistants à long terme (1 an) avec une perte de poids de 2 kg en moyenne, une amélioration du niveau d'activité physique et une amélioration de la qualité de vie. On constate que plus le niveau d'activité physique est augmenté, meilleure est l'amélioration du niveau de qualité de vie. (27) (26) (38)

Les patients ont rapporté une diminution de leur consommation en antalgiques ainsi que pour l'une des patientes un allègement dans son traitement antidiabétique. La rapidité des effets bénéfiques perçus semble avoir eu un impact sur leur motivation de poursuite du dispositif. La pratique de l'activité physique a grandement amélioré leurs douleurs quotidiennes et leur a semblé plus efficace que les traitements médicamenteux pris antérieurement. Cet élément était un bénéfice apprécié, souhaité et encourageant pour les patients. L'article de l'Académie Nationale de Médecine en octobre 2012 (39) prévoyait comme potentiels bénéfices à la mise en place d'un dispositif d'« Activité physique sur ordonnance » une diminution de la consommation des médicaments, notamment des antalgiques ou antidiabétiques chez les participants. Ceci est démontré dans notre étude et renforce l'intérêt de la poursuite d'un tel dispositif.

Cela n'aurait pas été possible sans les croyances et connaissances préalables des patients concernant les bienfaits de l'AP sur la santé. En effet, tous les participants nous ont fait part de l'idée que l'activité physique « c'est bon pour la santé ». Ils ont donc été suffisamment informés sur les effets potentiels d'une pratique d'AP sur leur corps ou leur moral. Ces objectifs de santé ont été retrouvés dans différentes études qui montrent qu'« améliorer sa santé » apparaît même comme la première raison de pratiquer. Ainsi l'eurobaromètre de 2010 pointe que 61 % des Européens pratiquaient l'AP dans cet objectif. (40)

2. Un apport socio-culturel : intégration et dynamique de groupe

De nombreux participants nous ont fait part de leur solitude au quotidien. Les patientes portant le voile parlaient même de sentiment « d'exclusion » avant de participer au dispositif. La pratique de l'AP semble donc être liée au niveau d'insertion sociale. On retrouve cette même

notion dans le rapport de l'Inserm de 2008 (22) : les habitants des quartiers défavorisés pratiquent moins d'activités physiques de loisir dans leur quartier du fait d'un sentiment d'insécurité et ont des représentations moins positives de leur environnement. Les femmes et les enfants sont les plus touchés par ce constat.

Le principe d'activité physique en groupe et surtout l'accueil bienveillant et chaleureux des EApa ont permis aux participants de se sentir intégrés. En favorisant leur insertion au sein d'un groupe, le dispositif ouvre les portes à une insertion plus globale au sein de la société. Leur entourage s'est grandement modifié avec de nouvelles rencontres socio-culturelles. Ils retrouvent une place au sein de la société et retrouvent même une certaine « liberté », comme le décrit l'une des participantes qui se sent maintenant plus apte à sortir dans le quartier seule et à pratiquer l'AP en extérieur. Le dispositif a été une source d'échanges, de partage mais aussi d'explications interculturelles. Les participants débutaient le programme avec des idées reçues, des a priori, particulièrement dans un contexte de craintes et d'amalgames entre terrorisme et religion musulmane et on constate que la participation au programme de patients d'origines et de pratiques de différents horizons a permis une modification des pensées en tendant vers une plus grande tolérance et en luttant contre la méfiance.

L'activité en groupe en dehors de l'aspect social est aussi une source de motivation non négligeable. Il se dégage des entretiens une chaleur humaine ainsi qu'un soutien inter-participants évident. Tout comme, le retrouvaient le Pr Gasparini et S. Knobé dans leur travail, la pratique entre « pairs » favorise la re-mise en activité. Pratiquer ensemble permet la « gestion des stigmates de la maladie » et la « comparaison sociale semble facilitée dans le cadre d'une pratique entre ressemblants ». (37) Cela peut donc avoir un impact sur leur pratique future car il se crée une réelle cohésion de groupe. Les participants se motivent mutuellement et prennent soin de chacun. Il semblerait qu'ils souhaitent poursuivre ensemble leur pratique à long terme. On pourrait envisager qu'une fois ce lien créé, les patients pourraient s'inscrire ensemble dans un centre sportif.

3. Un fonctionnement du dispositif efficace

a) *Promotion et accessibilité du dispositif efficaces*

On se rend compte dans les différents entretiens que les moyens utilisés pour promouvoir le dispositif et pour faciliter son accès étaient multiples.

Les médias par l'intermédiaire de la gazette, les associations locales avec le « Journal de Valdegour », la médiatrice, les assistantes sociales, les professionnels de santé et le CHU, ont tous participé à la réussite du projet. L'intervention des acteurs de terrain (associations, éducateurs, animateurs), qui connaissent bien les problématiques et le parcours de vie de la population cible et qui ont noué une relation de confiance avec elle, ont permis de faire fonctionner le dispositif et de répondre aux besoins. La communication au plan local, la diffusion d'articles et la présentation du projet au sein des associations locales ont été la clé de l'efficacité de la promotion.

De plus, le dispositif ciblait une population pouvant être étrangère ou immigrée avec des problèmes de communication. La coordination entre les différents intervenants locaux et leur implication ont permis de faciliter l'accès au dispositif en prenant eux-mêmes les rendez-vous pour les participants auprès de l'association. Le travail de proximité en amont et le partenariat entre les différents professionnels est donc un levier fondamental pour la réussite d'un tel dispositif.

b) Un encadrement pour une pratique adaptée : le rôle clé de l'EApA

La peur et les craintes d'un programme inadapté à leur état de santé dégradé est un élément clé dans leur décision de pratique ou non. Il est indispensable de repérer ces craintes et de les rassurer concernant le programme en donnant un avis médical adapté et des objectifs accessibles. C'est sur ce point que l'intervention d'un enseignant en activité physique adaptée semble avoir joué un rôle majeur. Ces professionnels ont une formation spécialisée qui permet une prise en charge adaptée et individuelle du patient dans sa globalité. L'EApA est une aide pour le professionnel de santé qui va pouvoir adresser le patient vers une structure spécialisée dans la prise en charge des patients présentant un handicap. La promotion de l'AP chez les patients en situation de handicap passe donc par la promotion de la formation d'enseignants spécialisés en activité physique adaptée au sein du service universitaire des activités physiques et sportives (SUAPS). La coordination entre enseignants spécialisés en APA et professionnels de santé est donc indispensable.

A la lecture des entretiens, le rôle de « Christophe », responsable du projet au sein de l'association N2S et enseignant en EApA, a été indispensable à l'adhésion initiale et la poursuite du programme des participants. Son suivi individualisé avec une adaptation des exercices en fonction des possibilités physiques de chacun a largement été apprécié et une réelle confiance s'est instaurée entre l'enseignant et les participants. La remise en activité était progressive.

Ainsi, malgré les difficultés et douleurs initiales, les patients poursuivaient leurs efforts dans un climat de sécurité, ce qui leur permettait un dépassement de leurs propres limites. L'accompagnement par la réassurance et les encouragements dans un cadre bienveillant et chaleureux a favorisé sans aucun doute l'observance. Le Pr Gasparini retrouve dans son travail l'importance de l'accompagnement car les participants « ne trouvent pas toujours de ressorts motivationnels pour maintenir leur activité dans la durée ».

On peut se poser la question de l'impact que pourrait avoir un changement d'enseignant. L'investissement de l'enseignant porteur du projet et la confiance instaurée avec les participants sont-ils reproductibles ?

La pratique encadrée a aussi été source d'apprentissage pour les patients qui ont découvert de nouveaux exercices (assouplissement et renforcement musculaire). Ils ont aussi bénéficié d'une éducation thérapeutique en rectifiant de mauvaises habitudes de posture ou de mouvements, sources de leurs douleurs antérieures.

Enfin, la promotion du terme « adapté » semble avoir un impact décisif dans l'adhésion initiale du patient. En effet, ce terme est mis en avant aussi bien sur les flyers de promotion du dispositif (Annexe 6) que sur le site internet dédié au dispositif (41). La description du public concerné avec le listing des pathologies cibles permet au patient de se sentir directement concerné. Cela est rassurant pour le patient qui se sent plus en sécurité dans sa pratique.

c) La prescription : un moyen efficace d'augmenter sa pratique

Le bénéfice d'une prescription d'AP par des professionnels de santé a été évalué dans plusieurs études.

A l'étranger, notamment en Suède, il a été évalué l'impact d'un système de prescription d'AP sur le niveau d'activité physique auto-déclaré et la qualité de vie des patients à 6 mois 1 an et 2 ans. Ce dispositif de prescription s'articule autour de 5 axes : bilan centré sur le patient (état de santé, expérience, forces et limites), prescription, délivrance d'un guide d'activité physique dans la prévention et le traitement des maladies, coopération avec des prestataires d'activité physique adaptée et individualisée en dehors du système de santé, et enfin suivi du patient. Le niveau d'activité physique auto-déclaré des participants était significativement amélioré à 6 mois et 1 an, de même à 2 ans (résultats non significatifs à 2 ans par manque de puissance). 67 % des patients ayant amélioré leur niveau d'AP disaient que le principe de prescription avait joué un rôle très important ou important.(42)

La prescription met l'accent sur le fait que l'activité physique est un traitement à part entière. En

prenant l'habitude d'une prescription écrite, le médecin renforce la place de l'AP dans la prise en charge des pathologies (diabète, obésité, cancer, pathologie cardiovasculaire), et ce au même niveau qu'une thérapeutique médicamenteuse. La prescription donne un cadre sécurisant au patient car elle s'appuie sur une décision médicale. P3 : *« Et aussi le fait que ce soit prescrit sur ordonnance ça donne un peu plus confiance. Je sais pas comment vous dire, ça fait un peu moins peur d'aller faire du sport je pense. »*

Cela nécessite bien sûr de prendre le temps pour informer le patient et de le rassurer sur l'absence de risque d'aggravation de sa pathologie. Tout comme le disait la patiente P1 : *« Parce que moi en fait j'ai les os des genoux qui se touchent, je n'ai plus du tout de cartilage, donc je ne sais pas si je dois forcer ou pas. J'aurais besoin d'un avis médical »*. Pour cette patiente, la prescription écrite n'a donc pas suffi à la sécuriser, il semblait lui manquer de l'information et un plus grand soutien de la part des professionnels de santé. La prescription permet donc pour certains de renforcer leur motivation en les sécurisant mais cela implique non seulement une prescription écrite mais aussi un temps dédié durant la consultation pendant lequel des réponses doivent être apportées aux inquiétudes des patients.

La place des professionnels de santé dans la promotion du dispositif et l'intérêt d'une consultation dédiée seront développés respectivement dans les chapitres « Les Freins à la pratique » et « Les Perspectives ».

d) Des objectifs favorisés par des outils didactiques

Le carnet de suivi a été un outil didactique pour les patients qui ont amélioré leur pratique autonome. Il leur a permis d'avoir à disposition des objectifs simples accessibles auxquels ils pouvaient se référer quotidiennement. Cela a favorisé leur pratique quotidienne.

De la même façon, les médecins sont en demande de ces outils afin de faciliter la promotion de l'AP auprès de leurs patients lors des consultations, tout comme le montrent les travaux du Dr Gaume et du Dr Fellague Chebra. (31) (30)

Il serait intéressant de mettre à la disposition des médecins des fascicules ou carnet sur lesquels ils pourraient s'appuyer lors des consultations et qu'ils remettraient ensuite aux patients.

Tout comme le rappelle l'HAS en 2014 dans son Guide parcours de soins du diabète de type 2 (4), cela nécessite bien sûr un temps dédié pendant la consultation pour éviter les injonctions de type « il faut bouger plus ! » ou « faites de l'exercice ! » sans donner de réelles directives et des objectifs précis.

Cela est déjà mis en place en Suisse par le programme PAPRICA (Physical Activity Promotion in PRImary CAre) depuis 2012 qui offre des formations aux professionnels de santé concernant la prescription de l'AP en soins primaires et propose des fascicules accessibles et téléchargeables sur internet. (43)

Les objectifs précis peuvent s'appuyer sur des supports papier, comme c'est le cas dans notre étude, mais il existe d'autres outils d'auto-surveillance tels que le podomètre qui a été évalué et qui a déjà fait preuve de son efficacité. Ainsi l'étude de mai 2017 du programme FFIT écossais de perte de poids adressé aux patients en surpoids ou obèses, montrait que le podomètre était un facteur favorisant la motivation des participants. Il était considéré par les participants comme une preuve tangible de leurs progrès et de leur capacité de changer leurs habitudes. Cela favorisait leur autonomie en prenant eux-mêmes les mesures correctives en cas de non-respect des objectifs. De la même façon, les bracelets connectés pourraient être utilisés. Ils intègrent différentes techniques favorisant la modification d'un comportement, en obtenant un biofeedback immédiat et des messages d'encouragement ou de félicitation, ainsi que la possibilité de partager ses résultats avec son entourage ou des professionnels de santé. (44)

Toutefois, nos résultats ainsi que cette étude écossaise montrent qu'il est important de garder en tête que ces moyens d'auto-surveillance peuvent aussi représenter des obstacles à la pratique pour certains. Comme le disait la patiente P1 de notre travail, ces outils peuvent aussi être le reflet de leur échec face aux objectifs donnés initialement et ainsi les décourager. Ces patients apparaissent plus sensibles à la motivation générée par les encouragements des entraîneurs (ou enseignement en EA_pA) ainsi qu'au soutien du groupe ou de l'entourage. (45)

L'étude de l'impact de l'approche centrée sur le patient du Dr Carrez confirme cette idée. La fixation d'objectifs précis était en effet source d'angoisse et de démotivation pour certains patients. La technique utilisée était donc de réaliser un carnet de suivi dans lequel était inscrit quotidiennement ou de façon hebdomadaire sa pratique d'AP sans objectifs à atteindre. Le principe est avant tout de garder une alliance thérapeutique et de ne pas augmenter les résistances au changement. (46)

Il semble donc important d'identifier précocement ces participants et d'adapter le discours et le soutien concernant les objectifs.

La comparaison des résultats à l'évaluation initiale et finale était très attendue par les patients qui souhaitaient estimer leur progrès depuis le début du programme. Cela n'était pas la question de notre recherche mais les mesures des comparaisons réalisées par l'association N2S

sont données en Annexe 7. On constate que tous les participants sans exception ont perdu du poids (entre 400g et 3,02kg), soit 1,73 kg en moyenne. De même, leur score au test de marche de 6 minutes (TDM6) a été amélioré ainsi que leur test de force musculaire. Il s'agit de résultats obtenus après seulement 8 semaines d'AP, ce qui est très encourageant pour l'avenir si ces participants poursuivent leur AP.

e) La gratuité : un élément décisif ?

La particularité du dispositif est en effet une prise en charge à 100% de l'activité proposée au patient dans le cadre d'un contrat local de santé.

Or, le principe de gratuité a certes été retrouvé lors de nos interrogatoires mais seulement 2 fois. Pour l'une des patientes, il s'agissait d'un élément fort dans sa prise de décision de contacter l'association N2S. Elle décrivait des soucis financiers importants et la gratuité du dispositif était donc particulièrement attirante pour elle. Cependant, il s'agit aussi de la seule patiente interrogée n'ayant finalement pas participé au programme. La deuxième patiente ayant évoqué la gratuité faisait finalement référence à une réflexion d'une amie auprès de laquelle la patiente tentait de faire la promotion de la pratique de l'AP.

Aucun autre patient n'a discuté de la prise en charge du programme.

Notre résultat concorde aussi avec ceux de la thèse du Dr Pasquier ou encore des résultats de l'eurobaromètre de 2010 qui trouvaient comme frein à la pratique le manque de moyens financiers pour, respectivement, seulement 6,8% et 5% des répondants (47) (40). On peut donc penser que certes la gratuité est un facteur favorisant l'adhésion de certains participants mais qu'il n'est probablement pas le plus important dans leur prise de décision.

Toutefois, dans ces études, les populations interrogées étaient de toutes catégories socio-économiques et non pas spécifiquement avec des revenus faibles. Ce n'est pas le cas de notre population cible. De plus, après discussion avec les responsables du projet « Bougez sur ordonnance », on constate une difficulté à la fin du programme pour adresser les participants vers d'autres associations ou clubs sportifs, et ce notamment à cause du financement des cotisations obligatoires annuelles demandées.

L'absence d'évocation du principe de gratuité dans les entretiens est-elle une omission ou n'est-ce finalement pas un élément décisif dans leur adhésion au programme ?

En effet, dans l'étude sociologique du Pr Gasparini, le principe de gratuité apparaissait

comme un caractère déterminant, pour la quasi-totalité des patients, dans leur prise de décision de participer au programme « Sport/santé sur ordonnance ». Comment peut-on expliquer cette différence ?

Tout d'abord, les entretiens dans notre travail, pour répondre aux principes de recherche qualitative, s'appuyait sur un guide d'entretien particulièrement peu directif contrairement à celle du Pr Gasparini. En effet, la question de la gratuité du dispositif était directement évoqué dans leur tram d'entretien. On peut envisager que, dans notre étude, les patients n'ont pas pensé évoquer ce sujet ou encore qu'ils ne se sentaient pas suffisamment en confiance avec l'investigateur pour discuter de sujets financiers. Il est vrai que la population cible étant une population de catégorie socio-économique précaire, la question du coût de l'activité et donc la gratuité du dispositif pourrait être a priori un élément décisif de leur participation à ce programme plutôt qu'un autre.

Or, actuellement, le décret de décembre 2016 (7) prévoit les conditions de formation des professionnels en activité physique ainsi que la population cible pouvant bénéficier d'une prescription d'AP par des professionnels de santé (patients en ALD). Cependant la question du financement de ces activités reste en suspens... tout comme le disait Jean-Marc Descotes (cofondateur de la fédération nationale CAMI sport et cancer) dans son article dans *Le Monde* : « En évitant soigneusement l'aspect financier de la prise en charge de ces programmes , il (*le ministère de la Santé*) ne peut garantir ni la pérennité des actions , ni l'implication des acteurs » (48). On comprend l'intérêt d'évaluer l'ensemble des projets pilotes qui se créent en France afin d'appuyer l'utilité d'une prise en charge à long terme de l'AP pour les patients en situation financière précaire et en ALD.

f) La notion de plaisir indispensable

La notion de plaisir est un élément essentiel à la pratique de l'AP. En effet, pour beaucoup de patients, l'évocation d'activité physique peut être synonyme « d'enfer », de « douleur », et certains n'envisagent en aucun cas pouvoir un jour ressentir du plaisir à pratiquer.

Or, d'après l'Association Attitude prévention, en 2016 pour 58 % des Français c'est la recherche du bien-être qui est primordial, et pour 40 % d'entre-eux le plaisir et l'amusement sont les plus incitatifs (16). L'eurobaromètre de 2010 retrouvait à la question « Pourquoi pratiquez-vous un sport ou une activité physique ? » la réponse « Pour vous amuser » pour 31 % des répondants. (40)

Le dispositif par l'utilisation de moyens ludiques et par la pratique adaptée et diversifiée a permis d'apporter beaucoup de plaisir aux participants. Cela leur permettait de se dépasser sans ressentir de pénibilité. Cela a été un point fort dans l'efficacité du dispositif.

4. Les freins à la pratique

Les résultats de cette étude mettent en avant les obstacles potentiels à la pratique de l'AP qui semblent pour la plupart non infranchissables une fois qu'ils ont été détectés. La promotion de l'AP par les professionnels de santé passe par la compréhension du patient dans sa globalité et nécessite de faire le point sur ses représentations et son vécu. L'objectif est de cerner ses craintes, ses inquiétudes et ses idées reçues afin de le rassurer et d'avoir des objectifs adaptés et accessibles.

a) *Le renforcement positif : 1^{ère} étape motivationnelle*

Dans les différentes études et sondages réalisés, le facteur fréquemment cité comme frein à la pratique de l'AP est le manque de motivation (49) (47) et le sentiment d'être incapable. (47)

Dans notre travail, 4 patients sur 9 rapportaient la croyance d'être incapable de pratiquer l'activité physique avant leur participation au dispositif. Le manque de confiance en leurs capacités semblait être un obstacle majeur à la pratique de l'AP et avoir un impact sur leur motivation.

Pourtant ces patients se sont rapidement rendu compte de leurs fausses croyances au cours des séances, excepté pour la patiente P1 qui n'a finalement pas participé aux séances. Elle semblait être restée attachée à cette idée.

Comme dans beaucoup d'autres domaines, pour promouvoir l'AP, il est donc important de cibler davantage le discours des intervenants (professionnels de santé et du sport) sur la valorisation de la confiance en soi. Un renforcement positif du sentiment de compétence pourrait leur donner suffisamment de courage pour tenter l'expérience. Une fois lancé dans le programme, les bienfaits psychologiques et physiques rapidement perçus prennent le dessus avec une amélioration de l'estime de soi et un sentiment de bien-être. La tendance s'inverse et comme le disait P8 : *« Je suis rentrée dans un engrenage, je peux plus en sortir, c'est formidable ! »*

On pourrait envisager que le témoignage de patients ayant dépassé leur a priori auprès de ceux récalcitrants pourrait être bénéfique. Ces pairs apparaîtraient comme une « preuve » des capacités potentielles de chacun. Les anciens participants pourraient participer à la promotion de l'AP en faisant part de leur vécu comme lors d'ateliers thérapeutiques déjà utilisés pour de nombreuses pathologies (Parkinson, diabète, rhumatismes inflammatoires...). Ces actions permettent de lutter contre la stigmatisation, de renforcer la confiance et l'estime de soi et d'apprendre de nouvelles stratégies pour faire face aux difficultés. Le pair devient « Pair-aidant » comme le décrit le groupe de travail ETP (éducation thérapeutique) dans son glossaire de juin 2017. Le partage de son vécu et de son histoire ainsi que des résultats obtenus est source d'espoir pour le patient présentant les mêmes pathologies et pourrait inciter celui-ci à tenter l'expérience et à lutter contre ses propres craintes.(50)

b) Prise en charge de la douleur

Pour la patiente n'ayant finalement pas poursuivi le programme, son principal obstacle était sa douleur. Tout comme le montre la revue de la littérature de 2016 réalisée par R. Newitt, F. Barnett et M. Crow, la douleur chronique représente un frein à la pratique de l'AP fréquemment retrouvé dans les études(51). Les patients ayant des douleurs chroniques nécessitent une plus grande attention et un soutien plus important afin d'améliorer leur observance à la pratique de l'AP, comme le montre l'étude qualitative en Suède de Joelsson et al. en mars 2017(52). Cette étude suggérait que les patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques avaient davantage besoin d'informations et de soutien individualisé supplémentaire pour surmonter les obstacles existant avant ou lorsque l'activité physique était prescrite. Ces patients souhaitaient une plus grande écoute de la part du prescripteur. Les circonstances, le contexte et leurs symptômes devaient être davantage pris en compte.

Ainsi la prise en charge de la douleur semble essentielle tout en gardant à l'esprit que de nombreuses douleurs sont soulagées par l'activité physique, comme l'attestaient les 8 patients ayant réalisé le programme.

c) Des conditions physiques trop dégradées pour pratiquer ?

Certains nous faisaient part de leurs croyances antérieures de ne pas avoir les conditions physiques adaptées pour pouvoir pratiquer l'activité physique.

Ainsi certains se trouvaient trop âgés, d'autres trop douloureux, trop gros, ou encore trop

fatigués.

On retrouve des freins liés à l'état de santé des patients dans de nombreuses études (49) (47). Les obstacles à la pratique pour les séniors sont surtout le fait de s'estimer trop âgé pour pratiquer, d'après les résultats de l'Inserm en 2008 (22).

Or les patients de notre étude ont tous pris conscience de leur capacité à pratiquer l'AP malgré leur âge, leur poids ou leur douleur.

Il semble donc indispensable de lutter contre ces a priori lors des consultations en soins primaires.

d) Des freins culturels... Importance de l'éducation sportive dès le plus jeune âge

L'ensemble des répondants ont fait part de leur absence d'activité physique au sein du cercle familial depuis leur jeunesse. Certains l'expliquaient par « *C'est pas une priorité par rapport à d'autres choses.* » (P1), d'autres par des problèmes financiers : « *Je pense qu'ils n'en avaient pas les moyens de nous mettre dans un club. Bref ça faisait pas partie des priorités.*» (P3), ou encore par leur absence d'éducation concernant les bienfaits de l'AP sur la santé : « *J'ai jamais pensé que c'était efficace à ce point-là pour la santé. Avant, on m'a jamais parlé de faire du sport* » (P8) ; « *Ben je sais que moi quand j'étais petite le sport c'était pas si important que ça quoi !* » (P3).

Que ce soit en France, en Algérie ou aux Comores, le sport et l'activité physique en général semblaient être réservés aux enfants au sein de l'école mais il n'existait pas de pratique en dehors.

La culture sportive n'était pas présente dans leur éducation et aucune pratique familiale n'existait.

Or, tout comme le montraient les résultats de l'eurobaromètre IRMES de 2016, le niveau d'activité physique des enfants est étroitement lié à celui des parents. Le taux de pratique d'AP chez les enfants dont le parent exerce également une AP s'élève à 78% alors qu'il descend à 61% lorsqu'il ne pratique pas.(16)

Il apparaît donc indispensable de réaffirmer la place des parents dans l'éducation sportive de leurs enfants en insistant sur leur rôle d'exemple. Le Programme national nutrition santé (PNNS) sur son site internet « Manger Bouger » donne quelques idées d'exercices ou de jeux à réaliser avec ses enfants afin de « bouger en famille », et donc promouvoir la pratique de l'AP chez les enfants de manière ludique.(53)

Tout comme le disait P3, « *ce serait une bonne chose de commencer par les gosses ! (...) Si on nous apprend dès petit... ça devient une façon de vivre !!!* ». La modification des comportements se joue dès le plus jeune âge et il est indispensable d'avoir une action précoce auprès des enfants tout au long de leur scolarité.

On pourrait envisager des ateliers parents-enfants d'éducation à la pratique de l'AP et des règles hygiéno-diététiques intégrées au programme d'enseignement scolaire. Sur ce principe, le programme « Promotion de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique et prévention des pathologies chroniques » avait été réalisé en 2012 au sein d'une école élémentaire à Saint-Geniès-Bellevue (Occitanie) sur une durée de 6 mois. Les intervenants étaient une formatrice PNNS, une éducatrice sportive et 2 enseignants et le programme était financé en grande partie par l'ARS.(54)

Cela pourrait aussi s'envisager via des centres de santé tout comme l'avait proposé AGECSA (regroupement de centres de santé à Grenoble) avec son programme « Ateliers Bougeons en famille » en novembre 2016.(55)

e) Une faible promotion du dispositif et de l'AP par les professionnels de santé ?

Une seule patiente a été en contact avec le dispositif « Bougez sur ordonnance » grâce à l'information donnée par un médecin.

Les autres participants avaient été informés par d'autres intervenants (médias, assistante sociale, médiatrice, associations...)

Il semble que les médecins des participants n'étaient pas informés du dispositif, tout comme le rapporte P8 : « *Et c'est nouveau Bougez sur ordonnance, non ? Parce que j'ai ramené ça au docteur, il m'a dit qu'il avait jamais entendu parlé de ça.* »

Or dans la mise en place du programme, de nombreux moyens étaient utilisés pour promouvoir l'information auprès des professionnels de santé.

Un listing des médecins de la ville, et plus précisément des médecins des quartiers ciblés, avait été réalisé au préalable. Une première information de sensibilisation avait été délivrée lors d'une réunion collective des professionnels de santé travaillant sur les quartiers Pissevin-Valdegour.

L'association Nîmes sport santé avait ensuite transmis aux professionnels les documents et outils pour orienter et prescrire une AP aux patients. Pour finir, un affichage de supports

promotionnels dans les salles d'attente avait été fait.

Malgré tout cela, les médecins n'ont, semble-t-il, pas été très actifs dans la promotion du dispositif.

S'agit-il d'un manque d'implication ? Ou ont-ils besoin de preuves de l'efficacité du dispositif sur leurs patients ?

Certaines études prouvent le contraire, notamment la thèse du Dr Faure en 2011, mais on peut se poser la question du poids de certaines idées reçues des professionnels de santé qui privilégieraient le conseil de la pratique de l'AP à certaines catégories socio-culturelles. Dans son étude quantitative, la catégorie socio-professionnelle du patient apparaissait comme l'obstacle à la prescription d'AP le moins important pour les médecins interrogés. (56)

Or, dans notre étude, P7 rapportait : *« Il m'a dit « oui je savais, oui je vous ai pas dit parce que peut-être vous vouliez pas aller » mais je vous en ai pas parlé parce que peut-être vous le ferez pas. » Il me dit « parce que vous êtes des gens voilés ... peut-être vous le ferez pas». »*

D'après la patiente, le port du voile ou l'origine maghrébine seraient pour son médecin un obstacle à sa pratique de l'AP. Ces propos concordent aussi avec les résultats du Dr Faure qui retrouvait que l'inobservance prévisible du patient était un frein fréquent à la prescription d'AP par le médecin.(56)

D'autre part, comme le montrait le rapport HAS de 2011 sur le « Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées » (23), il est constaté un hiatus entre les recommandations validées des prescriptions non médicamenteuses et leur mise en application sur le terrain. Selon les médecins, la prescription médicamenteuse semble jouer un rôle symbolique au cours d'une consultation pour le patient contrairement à la prescription non médicamenteuse.

Ainsi, en anticipant un comportement et une réponse négative au conseil de pratiquer l'AP, le médecin préférerait ne pas aborder le sujet. Le médecin doit donc lutter contre ses propres a priori afin de ne pas ajouter un obstacle supplémentaire à la pratique de l'AP de son patient.

Il semble donc important de renforcer l'action des professionnels de santé dans la promotion de l'AP en envisageant, pourquoi pas, une consultation dédiée.

5. Un projet de vie...

7 patients sur 8 ayant réalisé l'ensemble du programme évoquent d'eux-mêmes leur volonté de poursuivre leur pratique d'AP. La patiente ne s'étant pas prononcée sur le sujet ne

parlait pas le français et les questions n'étant pas directives il est possible qu'elle n'ait pas réussi à s'exprimer sur le sujet. En effet, au cours de notre entretien, cette patiente apparaissait très satisfaite du dispositif.

Les patients semblent donc avoir incorporé de nouvelles habitudes de vie et avoir intégré l'AP dans leur avenir proche et lointain. Ils semblent tous vouloir poursuivre leur pratique au sein de l'association mais n'excluent pas la possibilité d'intégrer d'autres associations et des clubs sportifs en cas d'impossibilité de poursuite avec N2S.

Les résultats de l'évaluation à un an de la pratique de l'AP des participants au dispositif « Sport santé sur ordonnance » à Strasbourg sont encourageants. Ils constatent non seulement une augmentation de la pratique physique des participants au sein du dispositif mais aussi en dehors, et notamment une modification de leur comportement au quotidien. Les participants utilisent en effet plus les escaliers ainsi que la marche à pied ou le vélo pour se rendre au travail.

La durée d'adhésion au dispositif à Strasbourg est de 3 ans alors que l'étude pilote de Nîmes était de 8 semaines. On pourrait envisager qu'augmenter la durée du programme, comme le souhaitaient les 8 patients assidus, permettrait d'ancrer plus profondément ce changement de comportement au quotidien.

De son côté, l'association trouve dans son bilan une difficulté à l'orientation des participants vers d'autres clubs, associations ou activités pour différentes raisons. En effet, on constate un manque d'activité adaptée proposée dans le milieu ordinaire, un manque de structures ayant les capacités d'accueillir le public cible, et enfin des difficultés financières des participants face à la nécessité de paiement de cotisations en club. L'élargissement du réseau pourrait donc faire partie des projets à venir du dispositif afin de le pérenniser.

D'autre part, comme nous le développons plus haut dans le chapitre « Un encadrement pour une pratique adaptée », on ne peut négliger la relation de confiance et l'attachement qui se sont créés entre participants et professionnels de l'association. Il est toujours difficile d'orienter des personnes sans travail de liaison et d'accompagnement vers d'autres associations, d'autres professionnels ou d'autres groupes.

IV. Les perspectives

1. Une généralisation de « l'activité physique sur ordonnance » à l'ensemble du territoire français

La sédentarité coûte cher dans le monde. Une étude parue dans le Lancet évalue en 2013 une dépense mondiale de 67,5 milliards de dollars liée au manque d'activité physique. 31,2 milliards de dollars étaient financés par le secteur public. (57)

Devant l'efficacité évidente du dispositif « Bougez sur ordonnance » et des autres programmes déjà mis en place dans d'autres régions de France, l'intérêt de généraliser ce dispositif à l'ensemble de la France semble évident.

Le décret de décembre 2016 préconise la prescription de l'AP pour les patients en ALD, et les différents dispositifs déjà mis en place étaient principalement ciblés vers les populations en situation sociale et financière précaires. Il semble justifié de s'intéresser aux bénéficiaires de la promotion de l'AP en prévention primaire et pas seulement secondaire ou tertiaire.

Le questionnement principal est le moyen de financement de tels dispositifs. Tout comme le rappelait la patiente P3, on peut envisager qu'une prise en charge par la Sécurité sociale ou par les mutuelles pourrait permettre certes une avance de frais à court terme mais il s'agit d'un pari sur l'avenir. A petite échelle, dans notre étude, on réalise que l'activité physique a permis une diminution voire un arrêt de consommation de médicaments qui étaient jusqu'ici pris quotidiennement par les patients. On peut donc envisager, à plus grande échelle, que la prise en charge de l'AP serait rapidement (ré)compensée par une diminution de la consommation des traitements à plus grande échelle ainsi que des hospitalisations secondaires aux complications de la sédentarité (diabète, AVC, IDM...). Cela permettrait donc à long terme une diminution des dépenses de santé.

Cela pourrait permettre d'appuyer une décision politique future de généralisation et financement du dispositif à l'échelle nationale.

2. Dans l'attente d'une généralisation : une consultation dédiée ?

Nos résultats mettent en avant plusieurs éléments apparaissant comme des prérequis à

l'adhésion des patients au dispositif.

L'importance des croyances et connaissances antérieures des patients concernant les bienfaits de l'AP sur la santé, leur niveau de motivation se traduisant par des objectifs précis à atteindre, ainsi que leurs préoccupations concernant les problèmes de la vie quotidienne (peur de l'avenir, constat de leur handicap au quotidien, prise de conscience d'accumulation de pathologies), jouent un rôle majeur dans l'initiation et la poursuite de leur participation à un programme d'AP. Ces résultats montrent l'intérêt de s'appuyer sur ces facteurs pour favoriser leur adhésion.

C'est ici que le rôle du médecin généraliste apparaît évident. On pourrait donc envisager une consultation dédiée dans laquelle ces 3 facteurs pourraient être abordés.

Au sein d'un entretien motivationnel centré sur le patient, le praticien pourrait évaluer avec le patient ses croyances, son niveau de motivation avec les objectifs accessibles et ses inquiétudes au quotidien. Cela permettrait d'aborder le sujet de l'AP en évitant les injonctions habituelles et impersonnelles qui semblent source de découragement pour les patients. Ceux-ci auraient alors le sentiment d'être écoutés et d'avoir une prise en charge adaptée à leur état de santé.

Les résultats du Dr Pasquier évaluant l'impact d'une consultation dédiée à la promotion de l'AP sur la motivation des patients étaient en effet encourageants : 65 % des patients avaient la volonté de pratiquer de l'AP avant la consultation contre 89% après.(47)

Cela pourrait représenter une première consultation qui correspondrait à une consultation « état des lieux », laquelle permettrait la création et le renforcement d'une alliance thérapeutique favorisée par l'approche centrée sur le patient.

Des consultations de suivi permettraient de renforcer leur motivation en actant les modifications clinico-biologiques obtenues (IMC, tension artérielle, dosage lipidique, HbA1c...). Le sentiment d'efficacité personnelle est un facteur positif dans l'adhésion et l'observance d'un programme d'AP. Ce sentiment d'efficacité personnelle, une fois ressenti par le patient, a tendance à se généraliser à d'autres domaines, tout comme le montre notre étude avec la modification des habitudes alimentaires ou la promotion de l'AP par le patient lui-même au sein de son cercle familial.

3. Les projets à venir...

Une nouvelle session de 8 semaines avec de nouveaux groupes devrait débuter au mois de janvier 2018. Cette fois-ci, 50 places seront disponibles et le dispositif est ouvert à l'ensemble de la population nîmoise.

Il est fort à parier qu'au vu de la satisfaction des participants du printemps 2017, de la poursuite de la promotion du dispositif dans la ville de Nîmes et du bouche à oreille, ces places seront rapidement pourvues.

Le dispositif « Bougez sur ordonnance » est aussi en plein lancement dans la ville de Vauvert depuis fin novembre 2017 avec toujours comme acteur principal l'association sportive N2S qui agit cette fois comme prestataire.

Une petite différence dans ce projet est l'intervention d'une médiatrice dont les rôles sont multiples. Elle a une action de promotion au sein de la population mais aussi auprès des professionnels de santé. En effet celle-ci programme des rendez-vous aux cabinets des médecins généralistes afin de les informer du dispositif et de leur donner tous les éléments pratiques nécessaires pour la prescription et la promotion de l'AP au sein du dispositif auprès de leur patientèle. Ainsi cela pourra peut-être améliorer l'investissement des médecins généralistes qui semblait défaillant lors du projet pilote de Nîmes.

D'autre part, la médiatrice a un rôle de « coaching » auprès des patients participants. En effet, elle a pour mission de se mettre régulièrement en contact avec les patients tout au long du programme afin d'évaluer leurs motivations, leurs freins, leur pratique autonome par le suivi du carnet de suivi... Elle organise des séances supplémentaires de marche en groupe ainsi que des ateliers de cuisine avec l'aide d'une diététicienne.

Il serait donc intéressant de réaliser une évaluation de ce dispositif pour comparer les résultats avec les nôtres. L'intervention de la médiatrice a-t-elle un impact sur l'adhésion et l'observance des patients, et permet-elle de diminuer le nombre de participants abandonnant le projet ?

L'investissement des médecins est-il accentué et cela a-t-il un impact sur l'adhésion du patient ?

CONCLUSION

Le problème de sédentarité et ses conséquences médico-socio-économiques dévastatrices sont depuis plusieurs années au centre des préoccupations mondiales.

Afin de lutter contre ce fléau, de nombreuses campagnes d'information se sont développées.

Malgré cela, on constate depuis les 5 dernières années que le niveau de pratique d'activité physique des Français reste toujours insuffisant (52% ne pratiquent pas d'AP). (16)

Sur le modèle du dispositif strasbourgeois, le projet pilote « Bougez sur ordonnance » lancé à Nîmes en mars 2017 semble prometteur.

Les participants, initialement sédentaires et sans aucune éducation sportive antérieure, semblent avoir modifié leur comportement et leur vision de la pratique de l'activité physique.

Ce dispositif leur a apporté de nombreux bénéfices aussi bien sur le plan thérapeutique que socio-culturel en favorisant leur intégration au sein d'un groupe.

Le fonctionnement global du dispositif semble avoir répondu aux attentes des participants qui souhaitent une poursuite de leur participation à long terme. Le rôle de l'enseignant en activité physique adapté (EAp) est un élément clé de la réussite du projet par ses compétences et la sécurité qu'il apporte aux participants. Il est nécessaire de promouvoir ce type de formation au sein des universités sportives (SUAPS).

De plus, il est important de prendre en compte les différents freins à la pratique que nous avons pu mettre en évidence (peur de la douleur et du manque de compétence, croyances en des conditions physiques inadaptées, absence d'éducation sportive familiale, manque d'informations individuelles...). C'est en cernant ces obstacles propres à chaque individu que le professionnel de santé (et les enseignants en Ap), associés au patient, pourront plus facilement les combattre. Cela nécessite donc un temps dédié à la promotion de l'AP dans les consultations de soins primaires. Cela participe à son éducation thérapeutique et responsabilise le patient dans sa prise en charge.

De nombreux projets pilotes de ce type voient le jour depuis 2012 en France avec, à chaque fois, des résultats positifs sur la prise de conscience des participants.

La ville de Vauvert est notamment en pleine expérimentation du projet « Bougez sur ordonnance » au sein de la population. Il existe toutefois quelques différences dans le fonctionnement par rapport au projet que nous avons étudié et il serait intéressant d'en évaluer les résultats dans un travail de thèse futur.

Devant les bénéfices thérapeutiques et sociaux évidents de ces types d'interventions

dans chacune des villes en France (Strasbourg, Nîmes, Vauvert, Blagnac...), la question de la généralisation d'un projet commun national apparaît indispensable. S'agissant de projets pilotes, ceux-ci sont actuellement limités dans le temps et la question du financement perdure.

LEXIQUE

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

DGS : Direction Générale de la Santé

AP : Activité Physique

Apa : Activité Physique Adaptée

EAp : Enseignant en Activité physique adapté

ZUS : Zone Urbaine Sensible

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Physical activity and health in Europe: evidence for action. Activité physique et santé en Europe : informations au service de l'action [Internet]. 2006. Disponible sur: http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/oms__activite_physique_sante_en_europe.pdf
2. ANSES MM. AVIS de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à l' « Actualisation des repères du PNNS : Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité » [Internet]. 2016 février p. 13-21;25. Report No.: 2012-SA-0155. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>
3. HAS. GUIDE DU PARCOURS DE SOINS Maladie coronarienne stable [Internet]. 2014 juill. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_maladie_coronarienne_version_web_.pdf
4. HAS. GUIDE PARCOURS DE SOINS – DIABETE DE TYPE 2 DE L'ADULTE [Internet]. 2014 mars p. 18-20. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf
5. OMS. Recommandation de l'OMS concernant l'activité physique ; Aide- mémoire N°384 [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/fr/>
6. Ville et eurometropole de Strasbourg. sport santé sur ordonnance à Strasbourg.
7. Cazeneuve B, Touraine M, Vallaud-Belkacem N, Kanner P, Mandon T, Braillard T. JORF n°0304 du 31 décembre 2016 texte n° 48 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 [Internet]. Décret n° 2016-1990. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033748987&categorieLien=id>
8. OMS. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé. 1946 juill 19; New York.
9. Parlebas P. Elements de sociologie du sport. Paris; 1986. (Sociologies).
10. SFP-APA. Activité Physique Adaptée [Internet]. Disponible sur: <https://www.sfp-apa.fr/activite-physique-adaptee.html>
11. Barbin J-M, Camy J, Communal D, Perrin C, Fodimibi M, Vergnault M. Référentiel

d'activité et de compétences de l'enseignant en Activité physique adaptée [Internet]. 2015 oct. Report No.: hal-01217257. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01217257/document>

12. OMS. recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé [Internet]. 2010. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44436/1/9789242599978_fre.pdf

13. Choi BCK, Pak AWP, Choi JCL, Choi ECL. Daily step goal of 10,000 steps: a literature review. Clin Investig Med Med Clin Exp. 2007;30(3):E146-151.

14. Tudor-Locke C, Craig CL, Brown WJ, Clemes SA, De Cocker K, Giles-Corti B, et al. How many steps/day are enough? For adults. Int J Behav Nutr Phys Act. 28 juill 2011;8:79.

15. Tudor-Locke C, Craig CL, Aoyagi Y, Bell RC, Croteau KA, De Bourdeaudhuij I, et al. How many steps/day are enough? For older adults and special populations. Int J Behav Nutr Phys Act. 28 juill 2011;8:80.

16. IRMES, OpinionWay. Le niveau d'activité physique ou sportive des Français: résultats du baromètre 2016 et bilan de 5 ans d'étude [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.attitude-prevention.fr/donnees-chiffrees/barometre-activite-physique-sportive-francais-2016>

17. Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne. PAPRICA: PHYSICAL ACTIVITY IN PRIMARY CARE [Internet]. PAPRICA: PHYSICAL ACTIVITY IN PRIMARY CARE. Disponible sur: http://www.paprica.ch/WP_1/category/pro_cat/pro_intro/

18. Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec. KINO-QUEBEC [Internet]. Kino-Québec. Disponible sur: <http://www.kino-quebec.qc.ca/qui.asp>

19. Directives canadiennes de la SCPE. L'exercice: un médicament Canada, guide pour la prescriptions d'exercice. 2014.

20. Ministry of health NZ. Green Prescriptions [Internet]. Disponible sur: <http://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/physical-activity/green-prescriptions>

21. UK active, Department of health. Let's get Moving [Internet]. Disponible sur: <http://www.ukactive.com/partnerships/working-with-ukactive/let-s-get-moving>

22. INSERM. Activité physique : Contextes et effets sur la santé [Internet]. 2008 p. 21-42;124. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/98/expcol_2008_activite_synthese_fr.pdf

23. HAS. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. 2011 avr. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-

06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf

24. HAS. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. 2011. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_obesite_adulte_premiers_recours.pdf
25. Services de la collectivité : Service promotion de la santé de la personne, Direction des sports. Prescription médicale d'activité physique modérée : « Sport Santé sur Ordonnance ».
26. Herzog F. Etude de 65 patients inclus dans l'expérimentation strasbourgeoise « Sport-Santé sur ordonnance » : Évolution du niveau d'activité physique et de la qualité de vie après 6 mois. Strasbourg; 2014.
27. WEBER. Etude de 65 patients inclus dans l'expérimentation strasbourgeoise « Sport-Santé sur ordonnance ». Strasbourg; 2015.
28. DBAKRE A, ARS. Diagnostic local de santé de la zone urbaine sensible : ZUP PISSEVIN, VALDEGOUR NIMES. 2013 juin.
29. Observatoire national de la politique de la ville. Quartier Prioritaire Pissevin - Valdegour - Quartier prioritaire de la politique de la ville de la commune: Nîmes - SIG Politique de la Ville [Internet]. système d'information géographique de la politique de la ville. [cité 9 nov 2017]. Disponible sur: <http://sig.ville.gouv.fr/Tableaux/QP030003#>
30. FELLAGUE CHEBRA A. Médecine générale et activité physique : Quels sont les besoins à la prescription ? Montpellier-Nimes;
31. Gaume C, Seguret P. Les déterminants de la prescription écrite d'activité physique par les médecins généralistes héraultais en 2016: une étude qualitative. Montpellier-Nimes; 2017.
32. Booth SL, Sallis JF, Ritenbaugh C, Hill JO, Birch LL, Frank LD, et al. Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: rationale, influences, and leverage points. *Nutr Rev.* mars 2001;59(3 Pt 2):S21-39; discussion S57-65.
33. GEDDA M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Elsevier Masson SAS. 2014; Disponible sur: <http://udsmed.u-strasbg.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/crite%CC%80res-COREQ.pdf>
34. Comité d'éthique de la recherche Université de Sherbrooke Q. Guide de rédaction du Formulaire de consentement [Internet]. 2013. Disponible sur: [- 85 -](https://www.usherbrooke.ca/gestion-recherche/fileadmin/sites/gestion-</div><div data-bbox=)

recherche/documents/ethique/Guide_du_consentement.pdf

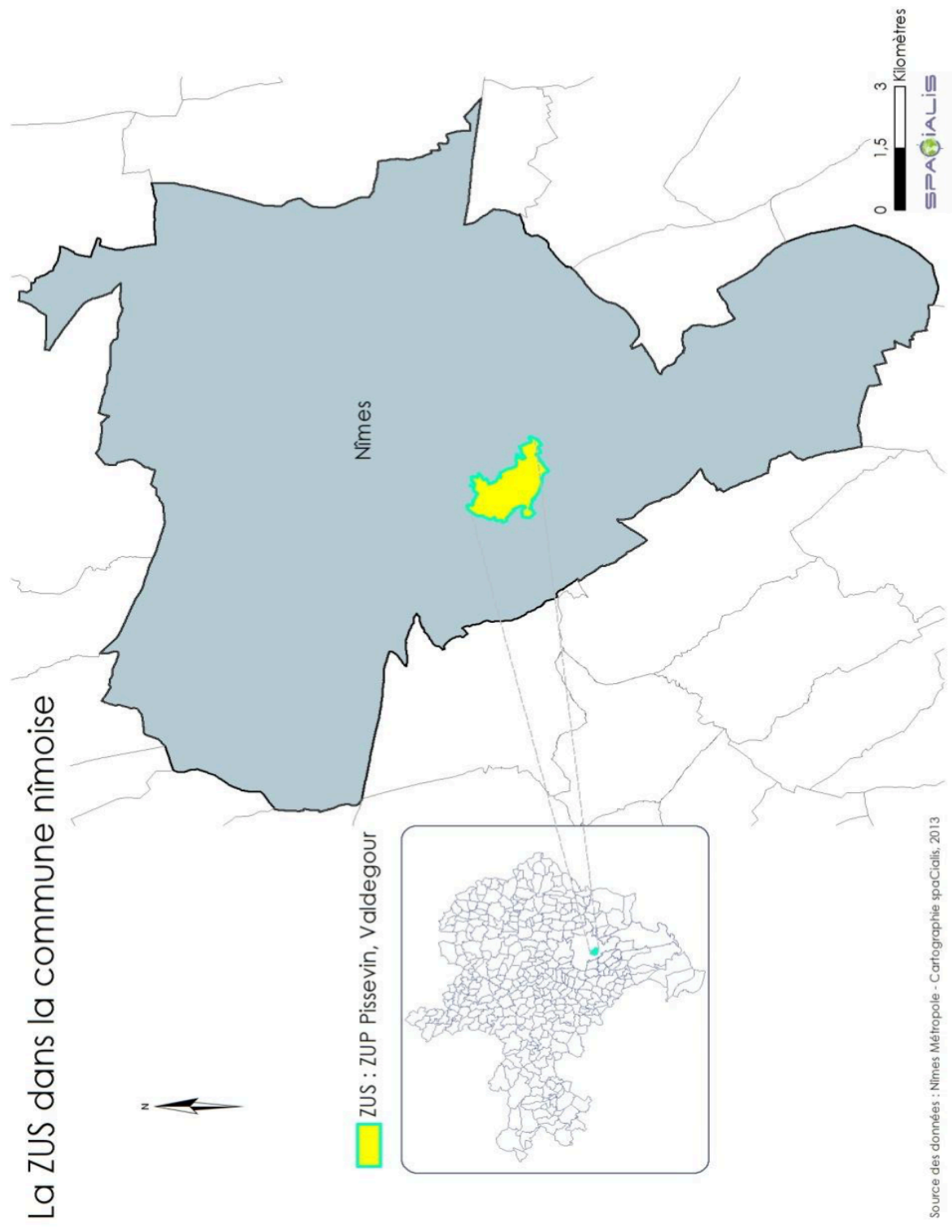
35. PAILLE P, MUCCHIELLI A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 3ième. Paris: Armand Colin; 2012. (U).
36. GALLON A-C, LE QUERE F. Ressenti des patients migrants allophones lors de leurs premières consultations médicales: entretiens semi-dirigés en pays de la Loire avec des patients parlant désormais français [Internet]. [Nantes]: Nantes; 2017. Disponible sur: file:///Users/maudjouanjean/Downloads/gallon-le_quereMED17.pdf
37. Gasparini W, Knobé S. Sport/santé sur ordonnance. La prescription médicale d'activité physique à Strasbourg : analyse qualitative du rapport à la pratique des patients [Internet]. 2014 p. p43-46. Report No.: 144. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2015-1-page-47.htm#anchor_abstract
38. Radu M. Etude de 65 patients inclus dans l'expérimentation strasbourgeoise « Sport - Santé sur ordonnance » : analyse des freins potentiels à la pratique de l'activité physique. Strasbourg; 2014.
39. BAZEX J, PENE P, RIVIERE D. Les activités physiques et sportives — la santé — la société. Académie nationale de médecine. 9 oct 2012;1431.
40. TNS Opinion & Social, Direction Générale de l'Education et de la Culture. Eurobaromètre special 334, sport et activités physiques [Internet]. 2010 Date. Report No.: 72.3. Disponible sur: http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_334_fr.pdf
41. Nîmes Sport Santé place le sport comme une thérapeutique non médicamenteuse efficace et innovante. [Internet]. Nimes Sport Santé. [cité 13 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.nimessportsante.fr/sport-therapie/>
42. Rödger L, H Jonsdottir I, Börjesson M. Physical activity on prescription (PAP): self-reported physical activity and quality of life in a Swedish primary care population, 2-year follow-up. Scand J Prim Health Care. déc 2016;34(4):443-52.
43. Brochure patient PAPRICA.
44. Lyons EJ, Lewis ZH, Mayrsohn BG, Rowland JL. Behavior change techniques implemented in electronic lifestyle activity monitors: a systematic content analysis. J Med Internet Res. 15 août 2014;16(8):e192.
45. Donnachie C, Wyke S, Mutrie N, Hunt K. « It's like a personal motivator that you carried around wi » you': utilising self-determination theory to understand men's experiences of using pedometers to increase physical activity in a weight management programme. Int J Behav Nutr Phys Act. 05 2017;14(1):61.

46. Carrez-Confesson B, Moreau A. Impact de l'approche centrée patient sur les changements de comportement concernant l'activité physique chez les patients diabétiques de type 2: enquête qualitative phénoménologique auprès de 12 patients diabétiques de type 2. [Lyon, France]; 2017.
47. Pasquier L, Dumay C. Freins à la pratique d'une activité physique régulière chez les patients à risque cardiovasculaire suite à une prescription en soins primaires: étude pilote d'un questionnaire-patient. [Créteil, France]: Université de Paris-Est Créteil; 2011.
48. Descotes J-M. Le sport sur ordonnance, une occasion ratée? Le monde science et techno [Internet]. 16 janv 2017; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sciences/article/2017/01/16/le-sport-sur-ordonnance-une-occasion-ratee_5063662_1650684.html
49. Quaille C. Prescription d'activité physique par le médecin généraliste : étude de 100 patients inclus dans le dispositif strasbourgeois « Sport santé sur ordonnance ». Strasbourg; 2016.
50. Inist, CNRS. Glossaire en éducation thérapeutique du patient. juin 2017;
51. Newitt R, Barnett F, Crowe M. Understanding factors that influence participation in physical activity among people with a neuromusculoskeletal condition: a review of qualitative studies. *Disabil Rehabil.* 2016;38(1):1-10.
52. Joelsson M, Bernhardsson S, Larsson MEH. Patients with chronic pain may need extra support when prescribed physical activity in primary care: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care.* mars 2017;35(1):64-74.
53. PNNS. Enfants | Manger Bouger [Internet]. [cité 15 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/Bouger-Plus/Bougez-plus-a-tout-age/Enfants>
54. PNNS. Ateliers d'éducation à la santé : activité physique et alimentation à l'école - OSCARS - Actions [Internet]. [cité 15 déc 2017]. Disponible sur: http://www.oscarsante.org/national/actions/oscars_detail_fiche.php?ref=21248
55. Ateliers Bougeons en famille [Internet]. AGECSA. [cité 15 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.agecsa.fr/ateliers/ateliers-bougeons-famille/>
56. Faure A. Prescription de l'activité physique chez les adultes en surpoids: analyse des freins en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2011.
57. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, Mechelen W van, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable

diseases. The Lancet. 24 sept 2016;388(10051):1311-24.

ANNEXES

Annexe 1 : Localisation de la ZUS dans la commune Nîmoise



Source : Nîmes Métropole Cartographie SpaCialis 2013. Diagnostic local de santé de la zone urbaine sensible : ZUP PISSEVIN, VALDEGOUR NIMES



CERTIFICAT DE PRESCRIPTION EN ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e), Docteur en Médecine.....

Exerçant à

Médecin traitant

Autre :

Certifie avoir examiné ce jour

Monsieur, Madame NOM : Prénom :

Né(e) le : / / à

N'avoir constaté par l'interrogatoire et l'examen clinique, aucune contre-indication à la pratique d'activité physique adaptée dans le cadre du programme « *Bougez sur ordonnance* » mis en place sur Nîmes

Et recommande concernant la pratique d'activités physiques (type d'activité, intensité, fréquence, volume, etc.) :

.....
.....
.....
.....

Précautions éventuelles à respecter par l'enseignant en activité physique adaptée (intensité, mobilisations ou exercices à éviter, etc.) :

.....
.....
.....
.....

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Valable pour une durée d'un an à compter de ce jour

Fait à, le

Signature et cachet du médecin

NÎMES sport santé
6 rue du Rempart Romain - 30000 NÎMES
asso@nimessportsante.fr
06 31 41 83 00
www.nimessportsante.fr

Semaine 8 : du a

	Endurance				Renforcement Musculaire	
Lundi	♥	♥	♥	♥	♥	
Mardi	♥	♥	♥	♥	♥	
Mercredi	♥	♥	♥	♥	♥	
Jeudi	♥	♥	♥	♥	♥	
Vendredi	♥	♥	♥	♥	♥	
Samedi	♥	♥	♥	♥	♥	
Dimanche	♥	♥	♥	♥	♥	
Total	♥ X				 X	

Mon objectif hebdomadaire

	Profil 1	Profil 2	Profil 3
	Sédentaire	Peu ou moyennement actif	Actif
	2  / jour	2  / jour	3  / jour
	Au moins 5 jours dans la semaine	Tous les jours de la semaine	Tous les jours de la semaine
	10  / semaine	14  / semaine	21  / semaine
	2 / semaine	2 à 3 / semaine	3 / semaine
<p>⇒ Activité par tranche de 15 minutes au moins</p> <p>⇒ Pas plus de 2 jours sans activité</p> <p>⇒ Des séances multiples et courtes réparties tout au long de la journée peuvent permettre d'atteindre l'objectif hebdomadaire</p>			
Objectifs à atteindre ou à maintenir	Endurance		
	Renforcement musculaire		

Guide d'Entretien

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je m'interroge sur votre vécu de la participation au dispositif « Bougez sur ordonnance »

Je souhaite comprendre quels sont les éléments qui vous ont poussé à participer au dispositif et à le poursuivre et au contraire quels ont été les freins, les obstacles.

Je vous rappelle que je suis tout à fait indépendante du projet et qu'en aucun cas vos réponses n'auront un impact sur votre prise en charge future au sein de l'association.

Cet entretien est enregistré sur un format audio en vue de l'exploitation et les données seront toutes confidentielles et anonymisées.

J'ai apporté un formulaire de consentement que nous allons lire ensemble puis signer si vous êtes d'accord. Je vous ferais parvenir un double par e-mail ou en mains propres si besoin.

1/ POUR DEBUTER : QUELQUES INFORMATIONS PERSONNELLES

Pays d'origine

Depuis combien de temps en France

Travail

Age

Pathologies chroniques en cours

2/ AVANT

Question 1 : Qu'est-ce qui vous a amené à participer au programme ? (Facteur favorisant l'adhésion)

Relances :

Quels ont été les éléments qui ont participé à votre décision ?

Quelles étaient vos attentes ?

Comment avez-vous été en contact avec l'association ?

Question 2 : Que représentait l'activité physique pour vous avant de débiter le programme ? (freins potentiels ou sources d'adhésion)

Relances :

Quelle était la place de l'AP dans votre quotidien ?

Quelles étaient les difficultés ? (morales, physiques)

3/PENDANT

Question 3 : Parlez-moi de votre expérience de ces séances ?

Relances :

Quels étaient les points positifs, qu'est-ce qui vous a plu ?

Quels étaient les points négatifs, les obstacles, qu'est-ce qui vous a déplu ?

Pouvez-vous me raconter une journée d'activité physique qui s'est bien passée ? une qui s'est mal passée ?

Question 4 : Quelles sont les différences pour vous entre l'activité physique encadrée et celle que vous faites de façon autonome ?

4/ APRES

Question 5 : Qu'est-ce que cette expérience vous a apporté ?

Question 6 : Par rapport à cette question de l'activité physique dans le programme auquel vous avez participé, qu'avez-vous à rajouter ?

Formulaire d'information et de consentement

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. Merci de poser des questions s'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à signer le consentement suivant dont nous vous remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet:

Vécu des patients participant au dispositif « Bougez sur ordonnance » : facteurs influençant leur adhésion et leur observance.

Personnes responsables du projet

Projet de recherche dans le cadre de la thèse d'exercice de Médecine Générale au sein de l'UFR Médecine de l'Université Montpellier 1.

Etudiant chercheur : Maud Jouanjean, Interne en Médecine Générale
Université Montpellier 1, UFR Médecine
06.76.14.39.95
jouanjean.maud@gmail.com

Directeur de thèse : Dr Michèle Cukier,
Médecin Généraliste, Maître de Stage Universitaire
Université Montpellier 1, UFR Médecine

Financement

Ce projet de thèse n'a bénéficié d'aucun financement.

Objectifs du projet

Le projet auquel nous vous invitons à participer a pour objectif de déterminer les facteurs influençant l'adhésion et l'observance des patients au dispositif. Ce travail de recherche qualitative sera rendu possible par l'analyse des propos recueillis lors d'entretiens individuels semi-directifs.

Nature de la participation

La participation à cette étude consiste en un entretien individuel unique autour du projet détaillé précédemment. L'entretien sera enregistré dans un format audio uniquement. L'entretien a lieu à votre domicile ou dans la salle informatique du Centre Socio-Culturel et Sportif Simone Veil.

Avantages déroulant de la participation

Il n'y aura aucun avantage personnel lors de la participation à cette étude autre que l'intérêt intellectuel de participer à ce projet.

Risques déroulant de la participation

La participation à ce projet n'entraîne aucun risque.

Droit de retrait

Votre participation à ce projet reste volontaire. Vous pouvez à tout moment décider de vous retirer de cette étude sans aucune justification de votre part et sans que cela ne vous porte à préjudice. Si tel était le cas, votre enregistrement audio serait détruit et ne serait pas exploité.

Confidentialité

Tous les entretiens sont anonymisés avant analyse. Seuls les renseignements nécessaires à la description sommaire du groupe étudié seront conservés (ici Sexe, âge, activité professionnelle, Pays d'origine). Aucune publication ou communication scientifique ne permettra de vous identifier.

Personne Ressource

Si vous avez des questions ou si vous souhaitez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter :
Maud Jouanjean, interne de médecine générale
Université Montpellier 1,
06.76.14.39.95
jouanjean.maud@gmail.com

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques auxquels je m'expose tel que présenté dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à mes questions. Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise par e-mail.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Nom et Signature

Fait à..... le

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je soussignée, Maud Jouanjean, certifie avoir expliqué au patient participant les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions éventuelles et également expliqué la possibilité de se retirer à tout moment.

Signature

le .. /.. /..

Dès JANVIER 2017...



NOUVEAU DISPOSITIF SUR LES QUARTIERS PISSEVIN / VALDEGOUR

ORDONNANCE
BILAN, TESTS
REMISE EN FORME
ORIENTATION
SUIVI
MALADIE CHRONIQUE
Diabète
Obésité
Maladie cardiaque



**Votre médecin dit OUI
à l'activité physique ...**

Vous êtes concerné par une maladie chronique :

OBÉSITÉ, DIABÈTE, MALADIE CARDIAQUE (STABILISÉE)...

Parlez du dispositif **BOUGEZ SUR ORDONNANCE** à votre médecin, il peut vous prescrire une activité physique adaptée.

Avec votre ordonnance contactez Nîmes Sport Santé pour un rendez-vous et une évaluation de votre condition physique générale.

L'association vous proposera si besoin un programme de remise en forme et vous aidera à reprendre une activité physique en douceur et adaptée à votre situation.



Projet soutenu par



NÎMES sport santé
6 rue du Rempart Romain - 30000 NÎMES
asso@nimessportsante.fr
06 31 41 83 00
www.nimessportsante.fr

Dès JANVIER 2017...



NOUVEAU DISPOSITIF SUR LES QUARTIERS PISSEVIN / VALDEGOUR

ORDONNANCE
BILAN, TESTS
REMISE EN FORME
ORIENTATION
SUIVI
MALADIE CHRONIQUE
Diabète
Obésité
Maladie cardiaque



**Votre médecin dit OUI
à l'activité physique ...**

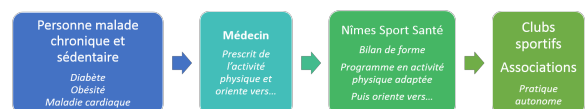
Vous êtes concerné par une maladie chronique :

OBÉSITÉ, DIABÈTE, MALADIE CARDIAQUE (STABILISÉE)...

Parlez du dispositif **BOUGEZ SUR ORDONNANCE** à votre médecin, il peut vous prescrire une activité physique adaptée.

Avec votre ordonnance contactez Nîmes Sport Santé pour un rendez-vous et une évaluation de votre condition physique générale.

L'association vous proposera si besoin un programme de remise en forme et vous aidera à reprendre une activité physique en douceur et adaptée à votre situation.



Projet soutenu par



NÎMES sport santé
6 rue du Rempart Romain - 30000 NÎMES
asso@nimessportsante.fr
06 31 41 83 00
www.nimessportsante.fr

Annexe 7 : Résultats évaluations « Bougez sur ordonnance » réalisée par l'association « Nîmes Sport Santé » (N2S)

	Patients	Taille	Poids			IMC			TDM6			Test de souplesse :			Test de force musculaire		
			Initiale	finale	écart	Initiale	finale	écart	Initiale	finale	écart	Initiale	finale	écart	Initiale	finale	écart
1	P6	148	73,1	71,2	-1,9	33,37	31,64	-1,73	449	464	15	5	5	0	4	5	1
2	P5	150	80,7	79,6	-1,1	35,87	35,38	-0,49	419	425	6	3	5	2	2	5	3
3	P2	152	75,5	73,5	-2,0	32,68	31,81	-0,87	448	460	12	3	3	0	2	4	2
4	P9	156	59,6	57,9	-1,7	24,49	23,79	-0,70	486	489	3	3	3	0	3	4	1
5	P4	157	96,5	94,3	-2,2	39,15	38,26	-0,89	349	362	13	5	5	0	3	5	2
6	Perdu de vu 1	145	76,2			36,24			402			3			5		
7	P3	156	90,3	89,9	-0,4	37,11	36,94	-0,16	383	385	2	3	4	1	1	3	2
8	Perdu de vu 2	168	87,5			31,00			548			3			3		
9	Perdu de vu 3	155	71,8			29,89			432			2			1		
10	P1	164	96,8			35,99			296			2			2		
11	P7	162	90	87	-3,0	34,29	33,15	-1,14	370	387	17	4	4	0	3	4	1
12	P8	150	68,3	66	-2,3	30,36	29,33	-1,02	435	449	13	4	4	0	5	5	0
13	refus	153	76,1	75,1	-1,0	32,51	32,08	-0,43	376	382	6	5	3	-2	5	5	0
14																	
15																	
	Moyennes des personnes présentes		78,90	77,17	-1,73	33,31	32,49	-0,83	412,69	422,42	9,73	3,89	4,00	0,11	3,11	4,44	1,33

TDM6 : Test de marche de 6 min en mètres. 6 minutes de marche sur une distance de 30 mètres.

Test souplesse : calcul de la distance doigt-sol en position buste fléchi. Résultats donnés selon un barème noté de 1 (le bout des doigts atteint le bas des tibias) à 5 (les paumes de mains touchent le sol) correspondant variant selon le sexe.

Test de force musculaire : calcul du nombre de relevé de chaise de la position assise à debout en 30 secondes. Barème noté par ordre croissant en capacité, de 1 à 5, variant selon l'âge et le sexe.

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.*

RESUME

Introduction : Le projet pilote « Bougez sur ordonnance » est lancé dans la ville de Nîmes en 2017 afin de promouvoir l'activité physique (AP) chez une population trop sédentaire. L'objectif était d'évaluer le vécu des participants au dispositif en analysant les facteurs influençant leur adhésion et observance.

Matériel : Etude qualitative avec recueil des données par entretiens individuels semi-dirigés des patients ayant réalisé la première évaluation physique. Les patients interrogés étaient obèses, diabétiques ou cardio-vasculaires.

Résultats : 9 entretiens ont été réalisés. Les principaux freins à la pratique de l'AP étaient la peur d'être incapable de pratiquer et d'un programme inadapté à leur état de santé, leur manque de motivation, les obstacles culturels et le manque d'informations individuelles. L'AP apparaissait comme un moyen thérapeutique efficace se substituant à leurs prises médicamenteuses antérieures. L'encadrement bienveillant, tolérant et individualisé et la prescription initiale permettait une AP adaptée sécurisante et encourageante. Le carnet de suivi était un outil didactique favorisant l'autonomisation. L'activité de groupe entre pairs et la mixité sociale ont été sources d'intégration et de lutte contre l'isolement et les amalgames dont les patients souffraient antérieurement.

Conclusion : Ce dispositif leur a permis une prise de conscience de leur capacité, une revalorisation de l'image d'eux-mêmes et une modification de leur comportement. La question de l'intérêt d'une consultation dédiée à la promotion personnalisée de l'AP est posée. Les résultats positifs de cette étude invitent à la généralisation de ce type de projet en France. La question du financement reste toutefois en suspens.

Mots-clés : Activité physique- patient- vécu- prescription-étude qualitative- adhésion- observance