



HAL
open science

La promotion de l'activité physique en médecine générale. Étude qualitative sur les représentations et les pratiques de médecins généralistes de l'île de La Réunion

Marjorie Huet

► To cite this version:

Marjorie Huet. La promotion de l'activité physique en médecine générale. Étude qualitative sur les représentations et les pratiques de médecins généralistes de l'île de La Réunion. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03043593

HAL Id: dumas-03043593

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03043593v1>

Submitted on 7 Dec 2020

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

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

UNIVERSITE DE LA REUNION

UFR SANTE

Année : 2020

N° : 2020LARE053M

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**La promotion de l'activité physique en médecine générale.
Étude qualitative sur les représentations et les pratiques de
médecins généralistes de l'île de La Réunion.**

Présentée et soutenue publiquement le 03/11/2020

à La Réunion

Par Marjorie HUET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE

Monsieur le Docteur Florian LEGRAND

Rapporteur :

Madame le Docteur Nelly LEBRETON

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Hector SIMON

TABLE DES MATIERES :

Table des matières	2
Listes des tableaux et figures	5
Liste des abréviations	5
INTRODUCTION	6
MATERIEL ET METHODE	9
1-Type d'étude	9
2- Population	9
3- Recueil de données	10
4-Analyse des données	11
5-Critères de validité	11
6-Critères éthiques	11
RESULTATS	12
1- Caractéristiques des entretiens	12
2- Synthèse interprétative	12
2-1 <u>Des représentations théoriques unanimes</u>	12
2-1-1 Une thérapeutique à part entière	12
a) <i><u>Une place aussi importante que les médicaments</u></i>	12
b) <i><u>Des bienfaits incontestables</u></i>	13
c) <i><u>Les effets néfastes</u></i>	14
2-1-2 Le médecin généraliste, un interlocuteur privilégié	14
2-1-3 L'universalité des bénéficiaires	15
2-2 <u>Une hétérogénéité des pratiques</u>	16
2-2-1 Une prescription personnalisée	16
a) <i><u>Les circonstances au cours desquelles est évoquée l'AP</u></i>	16
- <i>Un motif de consultation pour le patient</i>	17
- <i>Une population fuyante</i>	17
- <i>Quand le médecin aborde le sujet</i>	18
b) <i><u>Les motivations des patients pour débiter une AP</u></i>	19
- <i>Les patients motivés</i>	20
- <i>Les patients non motivés</i>	21
c) <i><u>Les freins des patients à la pratique d'une AP</u></i>	22
d) <i><u>Primum non nocere</u></i>	25
- <i>Pourquoi ne pas nuire ?</i>	25
- <i>Comment ne pas nuire ?</i>	26
- <i>L'examen clinique et les examens complémentaires</i>	27

e)	<u>Les conseils pour débiter une AP</u>	27
-	<i>Adapter l'activité physique</i>	27
-	<i>La notion de groupe et de partage</i>	28
-	<i>Des conseils plutôt limités</i>	29
-	<i>Autonomie et progression</i>	31
f)	<u>Les modalités de prescription de l'AP</u>	31
-	<i>La forme orale privilégiée</i>	31
-	<i>La forme écrite, une plus-value dans certains cas</i>	32
g)	<u>L'apport du décret sport sur ordonnance et dispositifs APA</u>	33
2-2-2	Les fondements de l'hétérogénéité des pratiques	34
a)	<u>Une affinité et des compétences variables</u>	34
b)	<u>La promotion de l'AP est-elle rentable ?</u>	36
2-2-3	Le besoin d'appui	38
a)	<u>Isolement professionnel</u>	38
b)	<u>Les professionnels libéraux</u>	39
c)	<u>Les établissements privés</u>	39
d)	<u>Les associations</u>	40
e)	<u>La culture</u>	41
f)	<u>Le soutien financier</u>	41
g)	<u>Les dispositifs APA</u>	41
h)	<u>Aménagement du territoire</u>	43
i)	<u>Les futures Maisons Sport-Santé</u>	44
2-3	<u>Rien ne vaut l'expérience</u>	45
2-3-1	Le plaisir, une condition sine qua non	45
2-3-2	L'expérience professionnelle	46
a)	<u>Les critères d'évaluation</u>	46
b)	<u>La démotivation</u>	47
c)	<u>Les blessures</u>	48
d)	<u>Des résultats encourageants</u>	49
2-3-3	La pratique personnelle du médecin	50
a)	<u>Les motivations du médecin</u>	50
b)	<u>Le médecin, un patient comme un autre</u>	51
c)	<u>L'expérience rend légitime</u>	52
2-4	<u>Modélisation : Facteurs influençant la promotion de l'activité physique par les médecins de l'île de La Réunion</u>	56
DISCUSSION		57
1-	Analyse des principaux résultats	57

1-1 <u>Entre l'empirisme et les données issues de la science</u>	57
1-1-1 Les bienfaits de l'AP	57
1-1-2 Les risques liés à l'AP	58
1-2 <u>Les freins et les leviers du patient retrouvés dans la littérature</u>	59
1-2-1 Les freins des patients	59
1-2-2 Les leviers des patients	61
1-3 <u>L'ambivalence du discours, des difficultés à assumer leur rôle</u>	62
1-3-1 Le manque de formation et d'information	63
1-3-2 La valeur du temps passé	64
1-3-3 La difficulté de la prévention	65
1-3-4 Le rapport personnel du médecin à l'AP	66
1-4 <u>Croyances limitantes sur les attentes du patient : l'attente de l'ordonnance médicamenteuse</u>	67
2- Forces et faiblesses de l'étude	68
2-1 <u>Forces de l'étude</u>	68
2-2 <u>Faiblesses de l'étude</u>	69
3- Perspectives	69
3-1 <u>Perspective de soin</u>	69
3-2 <u>Perspective de recherche</u>	72
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE	74
ANNEXES	79
Annexe 1 : Mail de recrutement	79
Annexe 2 : Guide d'entretien pour entretien n°1	80
Annexe 3 : Guide d'entretien pour entretien n°12	81
Annexe 4 : Récépissé déclaration CNIL	82
Annexe 5 Formulaire consentement	83
Serment d'Hippocrate	84
RESUME	85
ABSTRACT	85

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés	12
Figure 1 : Modélisation : Facteurs influençant la promotion de l'activité physique par les médecins de l'île de la Réunion	56

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD : Affection de longue durée

AP : Activité physique

APA : Activité physique adaptée

ARSOI : Agence régionale de santé océan indien

ECG : Électrocardiogramme

EBM : Evidence based medicine

HAS : Haute autorité de santé

INSERM : Institut national de la recherche scientifique

MSS : Maison sport santé

ORS : Observatoire régional de la santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNNS : Programme national nutrition santé

PNAPS : Plan national de prévention par les activités physiques et sportives

PRS2 : Projet national de santé 2

SSO : Sport sur ordonnance

INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la sédentarité est la quatrième cause de décès dans le monde (1). En effet, elle est responsable d'environ 3,2 millions de décès chaque année. En outre, le manque d'activité physique est également un facteur de risque important de maladies non transmissibles comme les maladies cardiovasculaires, le diabète et les cancers.

Ainsi, le comportement sédentaire est défini comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée (2).

En France, l'étude épidémiologique de santé sur l'environnement, la biosurveillance, la santé, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN) a montré que l'inactivité physique et la sédentarité gagnait du terrain et que le temps passé devant un écran avait considérablement augmenté (3). Le coût de la sédentarité est considérable et évalué à 1,4 milliard d'euros par an en France (4).

La progression de la sédentarité observée à l'échelle nationale se retrouve à La Réunion. Ainsi, selon l'Observatoire régional de la santé océan indien (ORS), seulement 4 réunionnais sur 10 déclarent avoir une activité physique régulière (5). Les maladies cardiovasculaires constituent toujours la première cause de mortalité sur l'île. Concernant les maladies métaboliques, La Réunion est la région française la plus touchée par le diabète. La fréquence régionale des patients pris en charge pour un diabète est 2 fois plus élevée que la moyenne nationale. Sur l'île, 69 800 réunionnais sont pris en charge pour un diabète en 2017 (6).

Face à cette pandémie mondiale, dans Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, l'OMS met en avant l'importance de la réduction des facteurs de risques des maladies non transmissibles liées à une mauvaise alimentation et à la sédentarité (7). L'objectif qu'elle se fixe est de réduire la sédentarité de 10% d'ici à 2025 (8). Dans le but d'atteindre cet objectif, des recommandations mondiales en termes d'activité physique ont été émises.

L'activité physique (AP) est définie comme tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique. Elle englobe les loisirs, les déplacements, les activités professionnelles, les tâches ménagères, les activités ludiques et pas uniquement les notions de sport ou d'exercice (2).

« À tous les âges, chez les personnes en bonne santé ou atteintes de maladies chroniques, les bénéfices de la pratique d'une activité physique pour la prévention, le traitement des maladies chroniques et l'amélioration de la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes, l'emportent sans conteste sur les risques encourus. » Telle est la conclusion de la méta-analyse de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) en 2019 (9). Les effets de l'activité physique ne sont donc plus à prouver quel que soit le profil du patient.

Dans ce contexte, en France, plusieurs politiques ont été élaborées et traduisent la volonté de lutter contre la sédentarité et de favoriser l'activité physique :

- Le Programme national nutrition santé (PNNS) en 2001 (10)
- Le Plan national de prévention par les activités physiques ou sportives (PNAPS) (11)
- Le décret n° 2016-1990 relatif à la loi de modernisation du système de santé qui stipule que : *« dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD), le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. »* Il précise la liste des « limitations classées comme sévères » au regard desquelles sont définis les professionnels aptes à intervenir. (12)
- La stratégie nationale sport-santé 2019-2024 et l'appel à projet Maison Sport- Santé (MSS) (13)

L'activité physique adaptée (APA) se définit comme une activité physique et sportive adaptée aux capacités de personnes à besoins spécifiques, au risque médical et aux attentes des pratiquants et le cas échéant, aux indications et contre-indications du médecin traitant (2).

L'ensemble de ces politiques tentent de plus en plus de s'appuyer sur le médecin généraliste pour promouvoir l'AP.

A l'échelle régionale, l'Agence régionale de santé Océan indien (ARSOI) fixe comme principal objectif à 10 ans dans le Projet Régional de Santé 2 (PRS2) 2018-2027 : ralentir la progression de l'obésité et du surpoids et ralentir la croissance des pathologies nutritionnelles et métaboliques (14).

Dans cette mouvance, un des dispositifs de référence d'APA sur l'île est le dispositif Sport Sur Ordonnance (SSO) de la ville de Saint-Paul. Depuis septembre 2014, l'office municipal des sports de la ville de Saint-Paul a créé le dispositif SSO qui propose aux patients sédentaires et atteints d'au moins une pathologie chronique, de participer à une séance d'APA d'environ 90 minutes par semaine pendant un an. Le prix annuel est calculé en fonction du quotient familial et varie entre 10 et 60 euros. L'entrée dans le dispositif se fait via une prescription médicale d'un médecin labélisé SSO (généralement le médecin traitant).

En janvier 2020, 138 Maisons Sport Santé ont remporté l'appel à projet dont 5 sur l'île de La Réunion (Saint-Paul, Saint-Pierre, Saint-Joseph, La Possession, Le Tampon.) Cependant, faute de budget elles n'ont pas encore rempli leur mission. Leur activité devrait débuter à la fin d'année 2020.

Ces différentes politiques illustrent l'ambition des pouvoirs publics même si celle-ci n'est pas toujours suivie de moyen. Le rôle du médecin généraliste est mis en avant dans l'organisation du parcours de soins du patient. Plusieurs outils ont été mis en place afin de faciliter sa tâche comme le guide de prescription de l'AP de la Haute autorité de santé (HAS) (15) ou le Médico-sport santé (16) disponible sur le Vidal[®].

Ainsi, les médecins généralistes sont désignés parmi les professionnels pivots de l'ensemble de ces stratégies, même s'ils ne semblent pas intimement associés à ces réflexions.

Dans ce contexte la question de recherche était la suivante : Quelles sont les représentations et les pratiques des médecins généralistes de l'île de la Réunion concernant la promotion de l'AP en consultation ?

L'objectif de ce travail était d'identifier les facteurs influençant la promotion de l'activité physique par les médecins généralistes de l'île de la Réunion.

MATERIEL ET METHODE

1- TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude observationnelle qualitative avec analyse des résultats s'inspirant de la théorisation ancrée. La recherche qualitative est appropriée lorsque les facteurs sont difficiles à mesurer objectivement. Ce type de recherche se base sur un recueil de données verbales et non verbales aboutissant à une démarche interprétative. L'approche de la Grounded theory a été choisie car pertinente pour l'exploration des représentations, le but étant de construire une théorie au fur et à mesure du recueil de données.

2- POPULATION

La population étudiée était celle des médecins généralistes de l'île de la Réunion. Les critères d'inclusion étaient les suivants : médecins généralistes, thésés ou non, exercice sur l'île de La Réunion, pas de limite d'âge. Le critère d'exclusion était le refus du sujet de participer à l'étude.

La technique d'échantillonnage utilisée était celle de l'échantillon raisonné. A ce titre, une sélection de participants considérés comme typique de la population cible a été réalisée. Les critères de diversité étaient les suivants : âge, sexe, lieu d'exercice, compétence en médecine du sport.

Le recrutement s'est fait par différents biais : d'une part une sélection des participants a été réalisée de manière aléatoire à partir de l'annuaire public en ligne Pages Jaunes[®], d'autre part, des médecins ont été contactés par effet boule de neige à partir des entretiens précédents. Les médecins étaient d'abord contactés par mail puis relancés par téléphone (Annexe1).

3- RECUEIL DE DONNEES

3-1 Déroulement des entretiens

Les données ont été recueillies au cours d'entretiens individuels semi-dirigés, conduits par la chercheuse. L'enregistrement des entretiens a été réalisé par la chercheuse munie d'un dictaphone. Onze entretiens se sont déroulés au sein du cabinet du médecin généraliste au cours d'un temps dédié. Un entretien a été réalisé par l'application WhatsApp® en raison de la situation sanitaire. L'entretien débutait par une présentation orale de l'étude et le consentement de chaque sujet était recherché. Une courte présentation du sujet interrogé était demandée afin de recueillir des caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le lieu d'exercice, la détention d'un diplôme universitaire, le type d'exercice.

3-2 Guide d'entretien

Un guide ou canevas d'entretien a été réalisé par la chercheuse avec l'aide du directeur de thèse afin d'évoquer les principaux axes à aborder lors des entretiens.

Une première question brise-glace était posée afin de démarrer la discussion. Pour les premiers entretiens la question était la suivante : « Quels sont les conseils ou thérapeutiques non médicamenteuses auxquels vous avez prioritairement recours dans la prise en charge des patients porteur de FDRCV ? » Puis la question a été modifiée : « Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation avec un patient porteur de facteur de risque cardiovasculaire ? »

Afin de se familiariser avec le guide, un entretien test a été réalisé auprès d'un proche de la chercheuse. Au fur et à mesure de la collecte et de l'analyse des données, le canevas d'entretien a été modifié afin d'explorer d'autres aspects (Annexe 2 et Annexe 3).

3-3 Retranscription

La retranscription intégrale mot à mot de l'échange était réalisée par la chercheuse à l'aide du logiciel Microsoft Office Word®. L'ensemble de la communication verbale et non verbale

a été retranscrite, constituant ainsi le *verbatim*. Afin de préserver l'anonymat des médecins interrogés, les éléments de discours permettant de les identifier ont été supprimés.

4- ANALYSE DES DONNEES

La chercheuse a utilisé le logiciel QRS Nvivo 12[®] afin de procéder au codage et à l'analyse des *verbatim* obtenus. Les données ont été analysées en s'inspirant du principe de la théorisation ancrée.

5- CRITERES DE VALIDITE

Le nombre d'entretien nécessaire n'était pas connu au préalable. L'arrêt de la collecte des données a été décidé lors de l'obtention de la saturation des données. Un dernier entretien a été réalisé afin de confirmer la saturation des données. Des profils différents ont été invités au fur et à mesure afin d'assurer la diversité des points de vue.

Les données ont été triangulées et analysées de manière indépendante par la chercheuse, le directeur de thèse et une troisième personne extérieure à l'étude.

6- CRITERES ETHIQUES

Une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été réalisée au préalable (Annexe 4). L'entretien débutait par une présentation de l'étude et chaque sujet était informé de l'anonymisation des données, des modalités d'accès à la retranscription ainsi que de la possibilité de retirer son consentement à tout moment. La chercheuse a également évoqué le délai de suppression des enregistrements audio et des retranscriptions. Le recueil du consentement oral se faisait en début d'entretien puis un consentement écrit était signé par chaque participant (Annexe 5).

RESULTATS

1- CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS

Les 12 entretiens se sont déroulés entre Janvier et Mai 2020. Parmi les médecins interrogés, 4 étaient des femmes et 8 des hommes.

La durée moyenne des entretiens était de 44min 15sec. L'enregistrement le plus long était de 74 min et 17 sec et l'enregistrement le plus court 19min et 41 sec.

	Age	Genre	Année de thèse	Milieu d'exercice	Diplôme ou formation médecine du sport
M1	37	F	2012	Urbain	Non
M2	34	M	2014	Urbain	Non
M3	35	F	2018	Urbain	Non
M4	35	M	2014	Urbain	Compétence médecine du sport
M5	61	M	1989	Rural	Non
M6	64	M	1982	Rural	Non
M7	51	M	2003	Rural	Non
M8	62	M	1989	Rural	Médecin du sport
M9	35	F	2014	Urbain	Non
M 10	30	M	Non thésé	Urbain	Non
M11	35	F	2015	Rural	Non
M12	64	M	1990	Rural	CES Médecin du sport

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés

2- SYNTHÈSE INTERPRÉTATIVE

2-1 Des représentations théoriques unanimes

2-1-1 Une thérapeutique à part entière

a) Une place aussi importante que les médicaments

A l'unanimité les médecins s'accordaient sur la place fondamentale de l'AP dans la prise en charge des patients en médecine générale. Pour tous les médecins, la promotion de

l'AP et les modifications des modes de vie des patients étaient des réels outils en termes de prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Comme le souligne M9 : « *ça fait partie intégrante de la prise en charge des patients, qu'ils soient atteints de pathologies chroniques ou pas d'ailleurs. C'est pour moi un des piliers de la prise en charge des patients.* »

Les thérapeutiques non médicamenteuses dont fait partie l'AP avaient donc une place à part entière. M5 expliquait : « *Parce que l'activité physique c'est un médicament préventif, c'est le meilleur qu'on connaisse. Si on peut parler de médicament. {...} C'est une hérésie pour moi de considérer que cela ne fait pas partie du soin.* » Elle possédait un rôle complémentaire aux thérapeutiques chimiques usuelles dans les maladies métaboliques et cardiovasculaires. Pour M7 par exemple : « *pour les diabètes qu'on a du mal à équilibrer c'est clair que c'est déterminant.* »

b) Des bienfaits incontestables

En effet, les bienfaits de l'AP étaient multiples et soulignés par l'ensemble des médecins interrogés, renforçant ainsi leurs représentations positives. L'AP permettait l'amélioration de paramètres physiques et mesurables comme le poids, la tension ou l'hémoglobine glyquée selon l'intégralité des médecins interrogés. Un grand nombre de médecins évoquait également ses bienfaits psychologiques concernant son effet anti-stress voir anxiolytique. Ainsi M2 évoquait : « *l'augmentation de la confiance en soi, il y a beaucoup de bénéfice et puis plus on en fait plus on se fixe des objectifs, plus on va loin. {...} Très important ça défoule, ça détresse.* » Contrairement à une thérapeutique chimique usuelle le rapport bénéfice risque semblait largement favorable d'après le discours des médecins interrogés. « *Moi j'ai fait de la boxe hier, j'ai hyper mal aux épaules mais je suis content. J'ai mal partout mais je suis content.* » (M2) Un des médecins interrogés relatait que l'AP jouerait un rôle dans la « *prévention des cancers.* » (M6) Pour un autre médecin inciter à pratiquer une AP permettait « *d'atteindre des objectifs de santé publique.* » (M9)

Au cours des entretiens, il se dessinait un consensus général sur l'efficacité prouvée de l'AP pour de multiples pathologies. Les médecins soulignaient les bienfaits de la pratique d'une AP en se basant sur les études scientifiques. Comme le déclarait M3 : « *avec les études il a été montré que la pratique du VAE a été efficace chez les patients obèses ou en surpoids.* » M2 rappelait que la science orientait la pratique clinique du médecin. « *C'est*

important, déjà ça fait partie de notre rôle de médecin et c'est important parce qu'il a été démontré par exemple dans le diabète, que quand tu fais une activité physique ça remplaçait un médicament parfois. » Dans ce domaine le bon sens du médecin et les preuves scientifiques concordaient. « *Je ne suis même pas persuadé, ça a été prouvé x fois hein.* » (M8) Les effets bénéfiques de la pratique d'une AP étant largement démontrés scientifiquement, le médecin n'éprouvait pas de difficulté à la considérer comme une thérapeutique à part entière.

c) Les effets néfastes

Outre ses bienfaits, il existait tout de même des risques liés à la pratique selon certains médecins. Ainsi les risques mis en avant par la majorité des médecins étaient « *les douleurs.* » (M1) La réalisation d'une AP pouvait également être à l'origine de « *blessures.* » (M1) Si les médecins pouvaient avoir une crainte des blessures, les effets potentiellement délétères n'influençaient pas leur représentation positive de l'AP. La balance bénéfico-risque restait en faveur de la pratique de l'AP. « *Plutôt que de prendre une thérapeutique chimique avec des effets secondaires la marche, il n'y a pas d'effet secondaire à part des courbatures le lendemain.* » (M2)

2-1-2 Le médecin généraliste, un interlocuteur privilégié

Les médecins se désignaient eux-mêmes comme les interlocuteurs privilégiés afin de promouvoir l'AP. « *Il me semble que ça correspond tout à fait à une consultation de base de médecine générale.* » (M9) Ainsi promouvoir l'AP ne nécessitait pas d'aménagement particulier pour le médecin et n'entravait pas sa pratique quotidienne. « *Je pense que ce n'est pas une consultation plus longue qu'une autre. Ça peut être vu sur plusieurs consultations, il n'y a jamais d'urgence de toute façon donc euh en parler régulièrement c'est déjà ça.* » (M1) Elle ne se distinguait pas d'autre motif de consultation en termes de durée. « *La question de l'AP même si c'est le médecin qui la rajoute, ce n'est pas une question hyper chronophage.* » (M4)

Le rôle de suivi réalisé par le médecin généraliste au cours de la vie d'un patient, faisait de lui le professionnel le plus efficace. « *Les meilleures personnes pour faire de la prévention ben oui, c'est les médecins généralistes. Ils connaissent les patients, ils sont en contact ils peuvent voir les gens tous les jours.* » (M2) Cette relation de proximité appréciée par tous leur

permettait de réaliser une prise en charge globale. *« C'est le beau côté de la médecine générale à mon sens, c'est que tu as quand même accès à beaucoup de données, tu as accès à plein de choses, les gens ils te disent, et à toi de t'adapter avec ça. A toi de les aider là où ils vont. {...} On a un rôle qui, quand tu veux le prendre peut être central. »* (M11) L'ancienneté pouvait être un facteur facilitant. Certains médecins étaient installés depuis des décennies. Comme M12 : *« j'accouchais moi quand je suis arrivé, donc ça crée des liens. Et puis tu connais les familles c'est beaucoup plus facile. »*

Le rôle du médecin était également de renforcer l'intérêt médical de l'AP. Aborder le sujet lors d'une consultation selon M11 : *« ça donne un poids {...} ça les aide, ça les motive un peu plus. »*

En décidant de s'appuyer sur les médecins généralistes, les dispositifs SSO, renforçaient le rôle central du médecin. Ils se sentaient *« à la fois prescripteur et proposant {...} il s'agit d'une bonne manière de s'impliquer. »* (M4)

Au fil des entretiens tous les médecins prônaient leur désir de procurer une sensation de bien-être et de bonheur. Pour M6 *« on ne prescrit pas que des médicaments, on donne de l'espoir, on ne veut pas que les gens s'abiment. On souhaite que les gens soient les plus heureux possible et le moins abimé possible. Il s'agit là de de notre mission première. »* Leur but était *« d'améliorer la qualité de vie, c'est l'espérance de vie mais c'est surtout l'espérance de vie en bonne santé et heureux. »* (M12)

2-1-3 L'universalité des bénéficiaires

Il émergeait une notion d'universalité au sujet des patients concernés par les bénéfices apportés par la pratique d'une AP. Le sujet de l'AP devait être abordé largement en consultation et avec tout type de patient selon l'ensemble des médecins interrogés. L'une des raisons avancées était que : *« le vieillissement c'est pour tout le monde, on n'y échappe pas, moi non plus. Alors il faut faire de l'activité pour bien vieillir. »* (M6)

Ainsi, aucun patient ne devait être maintenu à l'écart de cette démarche pour la plupart des médecins. L'âge ne devait pas être un facteur limitant selon les médecins. *« Il n'y a pas d'âge pour le sport. »* (M8) Un des médecins précisait l'intérêt d'une AP adaptée. *« Je ne crois*

pas qu'il y ait de facteur de risque qui interdise la pratique sportive, je pense c'est une adaptation de l'AP, à certains facteurs de risque {...} tout ça pour ne pas dépasser ses limites. » (M8)

Pour la plupart des médecins, quel que soit le niveau de prévention, tous les patients avaient à tirer des bénéfices une fois l'AP intégrée dans leur quotidien. Il était donc nécessaire de l'évoquer largement afin de lutter contre la sédentarité. *« Donc en parler à tous les moments de la vie, pendant la maternité, quand les enfants sont tout petit, encore nourrissons, et vraiment à tous les stades de la vie. » (M9)*

Les médecins dressaient avec regret le constat de la sédentarisation de la population. *« La sédentarité, qui est devenue la norme dans cette société. On n'a plus l'habitude de bouger et le moindre effort devient tout de suite quelque chose de très important et on n'est plus habitué à fournir des efforts car on est plus en voiture, on marche peu, on est plutôt assis devant la télé et se mettre à bouger c'est quelque chose qui est devenu... qui n'est plus naturel. » (M9)* Les médecins installés depuis des dizaines d'années avaient pu constater cette transformation du mode de vie. *« Les gens faisaient beaucoup d'exercice physique. Quand je suis arrivé ici, moi devant mon cabinet j'avais plus de monde encore mais je n'avais pas une voiture. » (M12)*

Au vu de l'épidémiologie des maladies cardiovasculaires sur l'île de la Réunion, il existait une nécessité de modifier en amont les comportements de la population. *« Il y a vraiment urgence ici. » (M7)*

2-2 Une hétérogénéité des pratiques

2-2-1 Une prescription personnalisée

a) Les circonstances au cours desquelles est évoquée l'AP

Les circonstances au cours desquelles était abordé le sujet de l'AP étaient différentes selon le profil du médecin et le profil du patient.

- *Un motif de consultation pour le patient*

Pour les médecins, lorsque l'AP faisait partie des motifs de consultation, le patient était déjà motivé ou pratiquait déjà une AP la plupart du temps. Pour « *ceux qui consultent c'est pour des certificats de sport en début d'année donc ils ont déjà un sport en tête.* » (M2) Le médecin se sentait parfois à l'écart de la démarche et n'intervenait pas toujours à ce stade. « *Parce-que généralement les sportifs quand ils viennent, ils ont déjà les sports, ils savent déjà ce qu'ils vont faire donc euh il n'y a pas besoin de conseil.* » (M2)

Les médecins ayant une affinité et certaines connaissances relatives à l'AP essayaient d'évaluer plus précisément les pratiques des patients pour mieux les conseiller. « *Et puis par contre s'ils pratiquent du sport, je demande la fréquence, la durée de chaque séance, le type de sport pratiqué... La manière dont ils le pratiquent par exemple la course à pied est ce qu'ils font du fond, du fractionné...* » (M4)

Pour un autre médecin, il s'agissait plutôt d'un désir de reprise après un temps d'arrêt plus ou moins long. « *Des gens qui étaient des anciens sportifs, qui veulent s'y remettre et qui veulent par exemple savoir comment le faire dans de bonnes conditions.* » (M7)

Pour certains médecins, le patient qui consultait spontanément en ce sens pouvait au contraire avoir besoin d'accompagnement car il se trouvait en situation d'échec (blessure, limitation). Il pouvait également être en demande de conseils plus techniques ou de réassurance pour certains médecins. « *Euh les patients qui consultent par rapport à leur AP, c'est souvent des gens qui se sentent limités dans leur activité physique, donc des patients avec des douleurs {...} ils sont limités par ça et vont se demander s'ils peuvent continuer malgré les douleurs, si ça ne va pas aggraver quelque chose.* » (M1)

- *Une population fuyante*

Les consultations pour aide à la reprise d'une AP semblaient beaucoup moins fréquentes que celles pour rédaction d'un certificat de non contre-indication pour un patient qui pratiquait régulièrement selon les médecins. « *Je ne suis pas sûr qu'il y en ait beaucoup hein parce que je pense que les gens, ils se sentent en forme en fait et c'est là où le médecin doit se situer, parce qu'ils ne viendront pas forcément pour ça. {...} Mais je ne suis pas sûr. Enfin je*

n'ai pas le souvenir qu'il y ait beaucoup de gens qui viennent pour la reprise. » (M8) Pour une grande partie des médecins interrogés, les patients sédentaires ne consultaient que très rarement pour ce motif. « Ils n'ont pas spécialement d'attente. Ils fuient le sujet et redoutent que le sujet arrive {...} c'est des personnes qui sont sédentaires {...} le sujet est un peu fuy, appréhender par les patients je pense. » (M4)

Parfois les médecins avaient l'impression de se heurter aux représentations de leurs patients et à la symbolique de l'ordonnance. « *Les gens viennent voir un médecin qui donne des médicaments. » (M2) Laisant supposer que les patients n'attendaient pas de conseil de la part du médecin. Cela pouvait engendrer un réel sentiment de lassitude chez certains médecins. « Sur l'AP je ne sais pas si les gens nous écoutent tellement. Ils ont les choses qu'ils aiment faire qu'ils ont décidé de faire ou pas. » (M7)*

- *Quand le médecin aborde le sujet*

Certains médecins soulignaient l'enjeu d'évoquer le sujet lorsque celui-ci n'était pas spontanément avancé par le patient. « *Donc quand on les repère {les patients sédentaires}, il faut les encourager à reprendre une AP c'est l'enjeu. » (M1) Ainsi pour certains médecins les occasions de discuter de l'AP étaient nombreuses. Cela pouvait être au cours de l'examen clinique. « Quand je les pèse, quand je leur prends la tension. A peu près tout le temps. » (M5) D'autres l'évoquaient lorsqu'ils commentaient les résultats biologiques. « Après ça va être plutôt par la découverte des analyses biologiques, on va affiner un peu les choses sur le cholestérol, la goutte beaucoup ici (rire). » (M7) ; « Si je vois ou que ses résultats biologiques s'il en a eu, montrent une détérioration sur son cholestérol ou son diabète, ou bien s'il y a une prise de poids, à ce moment-là on renforce le questionnement et on essaie de renforcer la motivation sur l'AP et les règles d'hygiène. » (M12) Un médecin soulignait les situations où survenaient des douleurs à l'arrêt d'une AP. « Ils ont mal au dos, je regarde ils faisaient du sport, vous faites toujours ? « Ah non docteur j'ai arrêté. » Je leur dis : ne cherchez pas plus loin. » (M5)*

Pour certains il existait une nécessité de redéfinir l'AP. « *Ben je leur demande s'ils font un peu de sport. Je dis sport parce-que c'est parlant. » (M1) Pour d'autre le terme sport pouvait au contraire amener certaines réticences et utilisait un autre terme. « Les personnes d'un certain âge, passé 55-60 ans, ils te disent « ah mais non mais quel sport là, à mon âge on fait plus de*

sport. » Donc il ne faut pas dire faire du sport, il faut dire faire de la marche. » (M11) Il pouvait exister une certaine méprise sur la définition même de l'AP et une réelle confusion entre AP et sport pour quelque médecin. « Il y a la méconnaissance de ce que c'est l'activité physique. » (M9) En effet le patient pouvait percevoir l'AP comme « quelque chose de très compétitif {...} ils ne savent pas que juste marcher c'est déjà bénéfique. » (M9) Certains médecins tentaient d'élargir les questions en insistant sur l'activité physique du quotidien, les modes de déplacement. « Quand je sens que les gens ne font pas vraiment de sport j'essaie de préciser pour savoir s'ils se déplacent à pied ou à vélo, s'ils font du jardinage. Voilà, on va dire des activités physiques douces. » (M4) Puis l'ensemble des médecins essayait de quantifier en interrogeant sur « la quantité, la fréquence, la durée de l'exercice. » (M1)

L'affinité ou les compétences relatives à la thématique semblaient influencer sur les pratiques des médecins. Ainsi l'un d'eux précisait : « Je l'évoque pour tout le monde c'est quelque chose d'hyper important pour moi. » (M6) Un autre médecin ajoutait : « moi j'en suis convaincu, donc je n'ai pas de difficulté à le proposer dans tous les cas et puis j'y pense systématiquement parce que moi je sais le plaisir qu'il y a dans le sport ou dans l'AP si tu veux. » (M12)

Tous les médecins interrogés estimaient aborder le sujet fréquemment néanmoins il existait une certaine ambivalence dans leurs discours « Moi je fais de la prévention pour tout le monde. {...} J'y pense quand vraiment je veux qu'il y ait un impact, quand il y a des facteurs de risque, post infarctus. » (M2) ; « S'ils viennent pour un rhume ou quelque chose comme ça {...} je ne leur pose pas souvent la question. {...} Souvent voilà c'est une question qui va venir lors de la découverte d'un FDRCV, ou si la personne vient pour un certificat médical, ou si elle vient pour un surpoids ou quelque chose comme ça. » (M10)

b) Les motivations des patients pour débiter une AP

Ainsi la plupart des médecins distinguaient deux catégories de patients : « Si c'est une personne qui de base aime le sport {...} ça va être beaucoup plus simple que la personne casanière qui va me dire : « Ah j'ai mal au genou ! » » (M10) Interroger le patient sur sa motivation apparaissait essentiel aux médecins pour adapter leurs discours, que le patient pratiquait ou non une AP. Les motivations pouvaient être de diverses natures pour un médecin : « Est-ce que c'est parce qu'ils y trouvent du plaisir, ou est-ce que c'est parce qu'on leur a

recommandé, ou est-ce que c'est pour maigrir. C'est important de connaître aussi les motivations pour pouvoir conseiller les gens. » (M4) Définir le stade motivationnel du patient était une étape déterminante pour certains. « Tu connais un peu les stades de motivation ? donc ça moi c'est un de mes dadas aussi. C'est vachement intéressant de savoir où il en est par rapport à l'AP et selon le stade de motivation on a des arguments différents. » (M12)

- Les patients motivés

La perte de poids était la principale raison pour laquelle les patients s'intéressaient à l'AP selon la plupart des médecins. Pour M11 : *« ceux qui ont identifié que pour perdre du poids il faut faire de l'AP ils vont être un peu plus motivés. »*

Parfois il s'agissait d'un désir de changement plus global pour plusieurs médecins. *« Pour un problème d'hygiène de vie de façon plus générale. Ils se mettent en même temps à faire un peu attention à ce qu'ils mangent, prendre une activité physique, arrêter la cigarette pour certains d'entre eux. C'est souvent dans une démarche un peu globale. » (M5) ; « Là on est en début d'année c'est l'époque des bonnes résolutions les gens se disent : « tiens il faudrait que je fasse quelque chose ! » » (M4)*

Certains médecins, pensaient que les bienfaits de l'AP étaient connus des patients. *« Le message est suffisamment diffusé et les gens adhèrent à l'idée de rester en bonne santé. » (M5)* Pour M8 pratiquer une AP faisait partie des aspirations globales de certains patients : *« Ah oui quand même il y a une espèce de, pas forcément une mode, enfin si une mode, une tendance quand même à une vie saine. »* Au cours de leurs pratiques les médecins constataient parfois la motivation des patients. *« Quand même il y a des fois des gens qui s'intéressent et qui demandent. » (M4) ; « Souvent ils savent un peu ce qu'ils veulent. » (M9)*

Cependant même si les patients pouvaient paraître motivés, une grande partie des médecins constatait les difficultés de mise en œuvre. *« Il n'en reste pas moins que même s'ils sont conscients qu'il faudrait, la mise en œuvre est extrêmement difficile. » (M5)*

La tâche du médecin semblait plus aisée lorsque le patient avait déjà atteint le stade de détermination. *« Si elle est enclenchée, c'est que la démarche elle va marcher. » (M5)* Selon la

totalité des médecins, une fois la motivation en place il était plus simple d'instaurer des objectifs concrets. L'important « *au début le but c'est de s'y remettre.* » (M11)

- ***Les patients non motivés***

Pour les patients présentant un manque de motivation, plusieurs médecins estimaient qu'une réelle prise de conscience était nécessaire. « *Pour ceux qui ont du mal, il y a un déclic et tant qu'il n'y a pas de déclic...* » (M5) Lorsque le patient n'était pas spontanément motivé, le rôle du médecin était de susciter la motivation, ce qui s'avérait une tâche plus difficile. « *Ceux qu'il faut qu'on convainque que l'AP va les aider dans la prise en charge de la pathologie qu'ils ont, de perdre du poids et d'être actifs, là il faut ramer un peu plus. Donc euh, ça va vraiment dépendre du patient qu'on a en face quoi.* » (M11) Pour la majeure partie des médecins, les patients ne connaissaient pas les risques de la sédentarité. « *Ils n'ont pas conscience qu'il faut qu'ils s'y mettent et que ça peut leur aider dans la prise en charge et le traitement, il faut leur expliquer tout ça.* » (M11)

Les médecins attachés au bien vieillir insistaient sur cet aspect. « *C'est bien pour les articulations, pour entretenir et voilà tu tiens ce discours de l'entretien du corps plutôt que de devoir guérir, de vouloir être dans un schéma particulier.* » (M11) ; « *Je ne taries pas d'argument hein. Je leur dis : mais attendez, les articulations, les muscles, le cerveau... Un argument qui tape maintenant c'est, quand on fait du sport dans sa vie, on a moins de risque de faire Alzheimer.* » (M5)

Une grande partie des médecins cherchait à rendre le patient acteur de sa prise en charge. « *C'est lui entre guillemet qui est son propre médicament.* » (M10) L'AP en médecine générale était bien accueillie car permettait de limiter les thérapeutiques chimiques classiques selon la majeure partie des médecins. « *Donc je crois le sport fait partie des choses qui sont en train heureusement de démedicaliser la maladie.* » (M8) Il s'agissait pour le patient de comprendre son rôle déterminant. « *Qu'il avait des choses à corriger vis-à-vis de son quotidien et qu'il ne fallait pas uniquement compter sur un médicament supplémentaire.* » (M10) ; « *Quand on explique aux gens que la moitié des diabétiques et des hypertendus n'aurait besoin d'aucun traitement si seulement ils perdaient quelques kilos, les gens ça les fait réfléchir hein.* » (M5)

Pour certains, l'allègement de l'ordonnance était souvent utilisée. « *Donc j'explique les bienfaits pour la santé, généralement je prends l'exemple que ça peut remplacer les médicaments.* » (M2) ; « *Si là vous ne voulez pas perdre du poids avec tout ça, c'est possible que les médicaments on diminue. Alors ça, c'est la bonne nouvelle. Ils sont super contents quand tu dis que tu peux diminuer des médicaments. Donc du coup, là ils ont un objectif et comme ça on y arrive.* » (M11)

Quelques-uns évoquaient parfois la peur comme moteur. Il pouvait y avoir une peur de la maladie, de ses conséquences ou des traitements. « *Quand ils ont peur des médicaments, de l'insuline etc.* » (M5) ; « *Il y a forcément un moment une limite à ce médicament- là et que in fine on peut arriver à de la sous cut' qui est forcément moins agréable pour lui. Donc voilà essayer de le responsabiliser et lui faire comprendre que l'AP est un médicament.* » (M11)

Après un évènement de santé, il pouvait être plus facile pour quelques médecins de convaincre le patient. « *Après un accident généralement il faut en profiter, s'ils s'en sont tirés c'est plutôt facile de les motiver.* » (M12)

Pour les patients les plus réfractaires, il s'agissait de faire des interventions brèves et séquentielles et d'essayer progressivement de les amener à un stade motivationnel supérieur pour quelques médecins. « *Je lui demande de revenir avec ce bilan, et là je remets un coup-là tu vois : Vous vous rappelez on en a parlé il y a 15 jours ? Kossa ou pense là ? Et là la personne tu vois déjà si elle a changé de stade motivationnel ou pas.* » (M12) ; « *Ça va être plutôt comme le tabac, comment on appelle ça déjà ? les infos courtes là, les interventions brèves qui ont l'air d'être plus efficace qu'autre chose finalement. {...} L'éducation thérapeutique ne marche pas, parce que les gens ils savent ce qu'il faut faire. Après comment les amener c'est la roue de Prochaska, c'est comment les amener à le faire.* » (M5)

c) Les freins des patients à la pratique d'une AP

Les médecins dressaient la liste des innombrables freins exposés par les patients.

Pour certains, le manque de motivation pouvait être relatif à une histoire de goût. Parfois parler d'une activité spécifique pouvait freiner car tous n'affectionnaient pas la même activité. La plupart des médecins avait pu expérimenter le fait que les patients disent : « *je n'aime pas marcher.* » (M10) L'un d'eux partageait ce sentiment au sujet de la course : « *Il y a des gens qui disent qu'ils s'emmerdent quand ils courent, j'en fais partie.* » (M5)

Différents obstacles étaient rencontrés par les patients, comme la difficulté d'accessibilité des lieux de pratique. « *Il n'y a personne pour m'emmener, ah non mais mon mari a besoin de la voiture.* » (M11) ; « *Il y en a qui prennent le bus, qui n'ont pas de salle de sport à côté.* » (M3)

Le temps et les difficultés d'organisation étaient également des freins pour une grande partie des médecins interrogés. « *Il y a ceux qui travaillent qui disent qu'ils n'ont pas le temps.* » (M5) ; « *Parce que souvent le frein, elles te disent « ah ben je n'ai pas le temps. » Tu sais, c'est le frein en premier hein : je n'ai pas le temps. Alors là, tu passes le temps, tu discutes et tu leur montres qu'elles ont le temps.* » (M12)

Le coût pouvait être un frein car certaines activités étaient chères. Pour un médecin certains patients auraient aimé réaliser une AP différente, qui les intéressait. « *Du Pilate ou de l'AP en salle mais c'est hors de prix.* » (M9) Certains estimaient qu'il s'agissait d'un frein majeur pour les patients non ou peu motivés. « *Le patient, il ne paye pas pour sa santé. {...} Un patient qui a un bas niveau socio-économique ne va pas dépenser d'argent pour faire du sport.* » (M2) Raison pour laquelle il fallait avoir un coût minime. « *Il ne faut pas que l'aspect financier soit un frein trop important* » (M9). Les médecins semblaient démunis face à cet argument. « *S'il doit payer on est mort.* » (M11) Un autre médecin rajoutait « *les gens ils aiment bien les choses gratuites {...} surtout à La Réunion.* » (M8) Si tous les médecins évoquaient cet aspect, il s'agirait plutôt d'un choix d'investissement plus que d'un manque de moyen, comme le soulignaient plusieurs d'entre eux. « *Il y a parfois des choses qui ne coûtent rien {...} C'est vrai un abonnement ça coûte des sous mais c'est aussi un moyen de rencontrer des gens avec qui peut-être vous aller vous stimuler* » (M6) ; « *Je ne suis pas pour qu'on paie tout aux gens, il faut pas déconner. Surtout que la marche à pieds ça ne coûte rien. Un vélo ça coûte moins cher qu'un abonnement internet.* » (M5) Pour M9 au contraire, le coût n'était pas un frein : « *ça ne ressort pas trop trop {...} il y a des gens qui marchent, des gens qui font de l'AP seul c'est devenu une norme.* »

Un grand nombre de médecins évoquait les contraintes familiales, notamment pour les femmes. « *C'est vrai qu'avec le travail euh, les enfants. Les contraintes de la vie quotidienne...* » (M3) ; « *Souvent c'est le fait de devoir s'occuper des enfants qui empêche les parents d'avoir du temps pour s'occuper d'eux.* » (M9) ; « *Pour quelqu'un qui doit s'organiser manger différemment de sa famille et aller trouver un temps dans tout ça pour faire du sport... c'est compliqué.* » (M11)

Un médecin soulignait l'importance des croyances populaires, « *c'est normal que l'homme fasse de l'AP et la femme ça reste encore quelque chose d'un peu extraordinaire.* » (M9) Parfois cela pouvait s'apparenter à une restriction des contacts sociaux imposée par le conjoint. « *Le compagnon qui ne voulait pas forcément que sa compagne fasse de l'AP.* » (M9)

D'autres freins étaient plutôt d'ordre psychologique. En effet, selon quelques médecins, le regard des autres pouvait mettre certains patients en difficulté. L'activité en groupe ou en salle pouvait donc être refusée. Comme le soulignaient plusieurs médecins, la timidité pouvait également se révéler être un frein. Pour une partie des médecins la différence physique pouvait être mal vécue. « *Un patient qui se rend dans une salle de sport où il y a des personnes bodybuildées peut se sentir en dehors de ça et différent des autres.* » (M10) Pour un autre médecin : « *certains se dévalorisent tellement que pour eux ils ne sont pas capables {...} ils ont peur du regard des autres et du qu'en dira-t-on.* » (M9) Quelques fois pratiquer en groupe pouvait freiner car ils pouvaient avoir peur de « *pas être au niveau et d'être largués dès les premières séances et d'être dans une situation d'échec.* » (M4) Plusieurs médecins évoquaient la peur pour le patient de pratiquer une AP seule et le sentiment d'insécurité qu'elle amenait. « *Il y a aussi la vulnérabilité. C'est surtout les femmes qui se sentent en insécurité pour faire de l'AP car des fois elles sont seules et elles ont peur de se faire agresser.* » (M9)

Des freins spécifiques pouvaient exister avec les dispositifs d'APA. Pour un médecin, les patients pouvaient trouver cela « *dévalorisant* » ou se sentir « *handicapés par leurs conditions physiques.* » (M4)

Les patients avaient finalement connaissance des bienfaits d'une AP mais pas des modalités de pratique. « *Des fois ils ne savent pas qu'ils peuvent faire du sport à la maison. Ça*

aussi faut leur expliquer, que tu peux faire du sport avec une marche sous ta veranda, tu montes, tu descends et puis tu peux faire des exos en regardant YouTube. Ils ne sont pas au courant. » (M11) Les patients pouvaient avoir des « difficultés à savoir ce qui peut être proposé {...} ne savent pas quoi faire comme activité physique. » (M4)

Le réel manque d'intérêt pour l'AP chez certains patients pouvait apparaître comme un frein insurmontable pour certains médecins. « L'AP en elle-même ne les intéresse pas du tout. » (M1) Plusieurs d'entre eux ont parfois été face à « des vrais réfractaires » (M10) « qui n'ont tout simplement pas envie. » (M3) Comme l'expliquait l'un d'eux : « C'est comme le contraire d'une addiction avec un fumeur qui ne voit pas l'intérêt d'arrêter. Donc il y en a qui ne voient pas bien l'intérêt de l'AP. » (M5)

L'intégralité des médecins semblait avoir été souvent confrontée aux freins des patients, créant ainsi des barrières qu'ils ne pouvaient lever. Les médecins semblaient avoir le sentiment qu'il s'agissait souvent de mauvaises excuses plutôt que de réels freins. « Il faut qu'ils aménagent leur temps {...} il faut qu'ils soient prêts » (M11) ; « Ah ben la piscine elle est loin. Ah mais je n'ai pas de vélo il faut m'en acheter un concrètement je veux dire voilà il y en a pleins qui vont trouver des excuses. » (M10)

d) Primum non nocere

- Pourquoi ne pas nuire ?

Pour les médecins, rédiger un certificat de non contre-indication à la pratique d'une AP engageait leur responsabilité professionnelle. Si la crainte de la survenue d'un accident au cours de la réalisation d'une AP par le patient ne modifiait pas les représentations des médecins concernant les bienfaits de cette pratique, elle semblait modifier leur pratique professionnelle. Il s'agissait donc pour les médecins, d'établir un examen clinique, de proposer une AP adaptée et de formuler des mises en gardes. Pour tous les médecins, remettre le patient en mouvement faisait partie de leur rôle mais comme le rappelait l'un d'eux : « ça reste un certificat de non contre-indication à la pratique d'une activité physique quand même. » (M4)

- **Comment ne pas nuire ?**

Lorsqu'elle rédigeait une prescription, une proportion importante de médecins estimait que leur rôle était également de fixer les limites. « *Ce qui est important c'est de mettre quelles sont les contre-indications pour pouvoir adapter.* » (M12) Un des médecins interrogés estimait nécessaire d'assurer la sécurité du patient. « *Il faut toujours mettre des précautions, des préconisations* » (M4) L'un d'eux précisait : « *sous l'aptitude je marque, à condition d'une reprise progressive de l'AP.* » (M5)

Lorsqu'il s'agissait de débiter une AP en autonomie, la plupart des médecins semblait se préoccuper de la sécurité des patients. « *Les gens qui sont en surpoids et qui se mettent à courir, je les mets en garde hein.* » (M6) Il pourrait s'agir de la raison pour laquelle, la marche était la première AP conseillée par les médecins, car il n'y avait que très peu de risque. « *Je lui propose la marche {...} Avant de commencer autre chose si par exemple elle n'avait pas fait de sport avant il faut quand même qu'il y ai une reprise un peu progressive quoi.* » (M3)

La prescription de l'AP au patient était réellement personnalisée en fonction de ses antécédents médicaux et de sa pratique sportive initiale. « *Compte tenu de ses facteurs de risque, son obésité, son diabète et le fait qu'elle n'ait jamais fait d'AP auparavant, il avait été convenu de passer par une phase de rééducation fonctionnelle avec les kinés, qui sont tous les deux kinés du sport {...} S'il y a des risques particuliers je préfère vraiment qu'on commence par de la rééducation fonctionnelle ou un coach APA qui saura faire attention à tout ça.* » (M9)

Les médecins ayant la possibilité d'orienter vers des dispositifs SSO semblaient proposer plus facilement la pratique d'une AP dans ce cadre, car rassurés par la présence de professionnels. « *On sait qu'ils ne vont pas se blesser, on sait que euh le risque cardiovasculaire dans ces séances là il est globalement bien contrôlé.* » (M4) Il s'agissait pour beaucoup « *d'un cadre qui est très sécurisant pour les patients et pour les médecins.* » (M4) En effet, « *ils ont des explications aussi sur comment pratiquer. Ça leur permet de pas se blesser et de ne pas faire n'importe quoi.* » (M6) Un médecin avouait « *il y a beaucoup de gens à qui ont dit qu'il faudrait faire une activité physique mais on ne les laisserait pas s'inscrire dans n'importe quel club quoi.* » (M4)

- *L'examen clinique et les examens complémentaires*

Une fois la motivation présente, l'évaluation médicale du patient était primordiale afin de débiter une AP en sécurité pour l'ensemble des médecins. « *Pour être sûr qu'ils ne nous fassent pas un infarctus* » (M2) ; « *Pour voir si elle a ces capacités à faire du sport.* » (M3) Une majorité de médecin déclarait pratiquer un électrocardiogramme. « *Je pratique un ECG systématiquement.* » (M3) M5 rapportait l'utilisation complémentaire d'un test de Ruffier « *c'est évidemment extrêmement subjectif et artisanal mais nous ça nous permet de voir.* » Selon les antécédents du patient la plupart s'appuyait sur le cardiologue pour la réalisation d'un examen plus ciblé. « *Et puis on va compléter ça souvent avec un bilan cardio, une épreuve d'effort.* » (M7) Certains pouvaient se saisir de ce moment privilégié pour la réalisation d'un bilan biologique plus complet. « *Et en fonction s'ils ont des antécédents familiaux ou du diabète ou autre, je fais aussi un bilan sanguin chez eux.* » (M3)

e) *Les conseils pour débiter une AP*

- *Adapter l'activité physique*

En théorie, tous les médecins estimaient que l'AP devait être adaptée au patient et à ses capacités. « *Je fixe des objectifs, je vois si c'est réalisable d'un point de vu physique, je ne vise pas trop haut pour pas les décourager.* » (M1) Ils s'accordaient tous sur l'intérêt d'une initiation ou d'une reprise progressive. « *Il faut s'adapter au patient parce que si la personne de base était réfractaire au sport on ne peut pas s'attendre à ce que ça soit un gros passionné, aller à son rythme tout en gardant le cap de l'amélioration.* » (M10)

De plus, il était important pour certains médecins de prendre en compte l'expérience ainsi que les croyances des patients afin de proposer une AP adaptée. « *Les gens si tu les envoies où ils vont être en échec, d'emblée ils ne vont pas faire, c'est naturel, c'est humain. Si tu dis à quelqu'un qui ne sait pas nager de faire de la natation, il va avoir peur. Donc quand tu vois les difficultés, que tu les aides là-dessus, que tu les mets en valeur là où ils n'ont pas de difficultés, ils sont plus motivés et ils vont avancer.* » (M11) Ainsi M9 racontait : « *il y en a qui ont aussi eu des mauvaises expériences c'est-à-dire qui se sont remis à faire de l'AP un peu seul ou bien avec des coachs pas trop formés en APA et qui se sont blessés. {...} ils ont été mis en échec, soit parce qu'ils n'arrivaient pas à suivre le rythme d'un groupe, soit parce qu'ils n'arrivaient*

pas à atteindre les performances du groupe {...} ça a conduit à de la dévalorisation {...} ils ont été un peu dégoûtés de cette AP qui était trop intensive et ils ont abandonné. »

La plupart des médecins estimait nécessaire d'interroger le patient sur ses envies. En effet, la recherche du plaisir était essentielle pour un grand nombre de médecins. « *Alors il y a la notion de plaisir qui est très importante, il ne faut pas que ce soit une galère mais un plaisir sinon ça sert à rien.* » (M2) De même, les médecins sensibilisés à l'ETP soulignaient : « *Je me base donc oui sur des formations scolaires pour les 30 min et le début d'essoufflement, mais je me base aussi sur ma formation ETP où imposer des choses ne sert à rien, en tout cas sur du long terme.* » (M9) C'est pourquoi lorsqu'ils conseillaient une AP les médecins devaient prendre en compte les goûts des patients afin qu'ils éprouvent du plaisir par la suite. « *Les gens qui bossent, qui sont actifs si en plus tu leur refiles une AP qui ne leur plait pas en plus de leur job, c'est impossible. {...} Il faut que tu leur trouves une AP qui leur fait plaisir.* » (M12)

- La notion de groupe et de partage

La dynamique sociale était à favoriser chez les patients présentant un manque de motivation pour un grand nombre de médecin. Les rencontres entre les patients permettaient un partage d'expérience. « *Elle a trouvé dans son voisinage, une voisine qui allait dans l'association de quartier et elle a fait comme ça les cours {...} Parce que souvent les gens ils ont besoin d'être entraînés {...} ils ne veulent pas faire tout seul chez eux.* » (M11) ; « *Il y a des copains qui font du sport ou qui disent : tiens ça serait bien si tu bougeais un peu.* » (M5) La stimulation pouvait venir du fait qu'on s'engageait avec quelqu'un. « *On dit oui voilà je vais marcher avec toi deux fois par semaine et si on ne le fait pas on passe pour... (silence) On a l'impression de ne pas honorer un rendez-vous.* » (M5) La notion de partage et de dynamique de groupe était un bon levier à la pratique d'une AP selon les médecins. Dans le cas où le patient avait des difficultés à réaliser une AP seul, les médecins essayaient d'instaurer cette dynamique de groupe en créant des liens. « *Je leur dis ben vous connaissez Mme untel ? Vous ne vous êtes pas engueulé avec ? Appelez là. A ce moment-là tu les mets ensemble et puis ils se débrouillent.* » (M12) Ainsi l'exercice en milieu rural pouvait peut-être apparaître sur ce point comme étant un facteur favorisant grâce aux relations de proximité.

L'entourage y compris la famille pouvait s'avérer être un bon moteur. « *Intégrer ça comme un moment de partage avec ses proches.* » (M10) ; « *Si c'est qu'il n'aime pas ça, qu'il*

n'a pas envie et qu'il n'en a jamais fait c'est assez compliqué et là à ce moment-là il faut se servir de son entourage en général, savoir s'il a des enfants, une femme et tout essayer de faire jouer avec cet entourage, pour qu'ils l'emmènent marcher une fois par semaine d'abord puis un peu plus. » (M12)

- Des conseils plutôt limités

En pratique, la marche était proposée en première intention par tous les médecins interrogés. « *Essentiellement la marche moi je conseille. » (M7)* Les raisons avancées étaient diverses. Elle permettait de lever certains freins comme l'aspect financier. « *Oui plus la marche parce que du coup ils n'ont pas besoin d'acheter de chose, pas besoin de matériel ou quoi que ce soit. Ils mettent une vieille paire de baskets qu'ils ont là dans les parages. » (M11)* Elle permettait parfois d'instaurer une dynamique de groupe. « *Des groupes peuvent se former spontanément plein de copines vont marcher. » (M6)* Cela permettait pour un médecin de « *montrer que c'est accessible à tout le monde. » (M10)* L'ensemble estimait que la marche était une AP intéressante car « *ce n'est pas payant mais pour autant c'est hyper efficace. » (M3)*

Lorsque les patients étaient réticents à cette idée, il fallait évoquer plus globalement une modification du mode de vie et des déplacements selon l'ensemble des médecins. « *Aller à pied au boulot, garer la voiture à l'autre bout du parking quand on va au supermarché {...} Voilà et puis sinon c'est marcher, aller à pied au travail. » (M5)*

Outre la marche, la natation et le vélo étaient les deux autres activités parfois proposées par certains médecins. « *La natation, dans le cadre des dorsalgies chroniques ou dans les traumatismes du genou. » (M2)* Un médecin avouait se limiter à trois activités : « *Donc je conseille une activité, marche, vélo, piscine, sans préciser la fréquence, l'intensité, la durée. » (M3)*

Paradoxalement, si tous avançaient l'intérêt de proposer différentes activités afin de permettre au patient de choisir une AP adaptée et ainsi favoriser la motivation, un grand nombre de médecins semblait limité en termes de conseils. Pour M1 par exemple afin d'améliorer la pratique des patients, il fallait « *proposer le plus d'AP différentes »* mais dans sa pratique « *je leur conseille de faire au moins de la marche euh 45 minutes, deux fois par semaine. Voilà ce*

que je leur conseille. » M12 nuance en expliquant : « oui c'est vrai que le plus simple c'est la marche, c'est le moins cher, mais une fois de plus il faut trouver ce qu'il aimerait. »

M9 justifiait la restriction des activités proposées par le manque de compétences. *« Ça va être essentiellement de la marche parce que c'est le seul domaine que je maîtrise, en tout cas c'est sur cette activité là que j'ai eu des formations universitaires. »* Les conseils en termes d'activité physique étaient donnés la plupart du temps selon l'expérience des médecins. *« C'est des conseils sur le tas en fait. » (M11) ; « Je l'encourage en fonction de ce que je sais mais après effectivement le temps de fois par semaine et telle durée ça c'est les normes OMS que j'ai appris via des sources via l'université. » (M10)* La majeure partie des médecins déclarait donner des conseils en fonction de leur expérience et non de leur formation. *« C'est difficile je trouve les recommandations il faut en termes d'AP mais il faut aussi prendre en compte que c'est des gens qui à la base n'en faisaient pas {...} Donc non, moi j'y vais progressivement, ce n'est peut-être pas la mode tendance ou la bonne méthode mais souvent je pense qu'il faut se mettre au niveau des patients. » (M11)*

Les conseils donnés aux patients restaient globalement non formalisés. Un grand nombre avouait ne pas donner de précision. *« Je ne vais pas dire tel type d'AP, telle fréquence, telle répétition de mouvement puisque ça reste très artificiel. » (M9)* Une majeure partie conseillait une réalisation d'AP moyenne : *« Faire au minimum 30 min de marche {...} mais au minimum 3 fois par semaine. » (M3)* ou encore *« régulièrement en petite quantité. » (M6)* Il s'agissait donc pour la plus grande partie des médecins de *« conseils plus généraux, ça ne sera pas très très précis. » (M9)*

Les médecins pratiquants eux-mêmes un sport, conseillaient parfois de faire comme eux. *« Je fais partager mon plaisir que j'ai avec les autres et je les encourage tous. Je te dis j'ai mis pas mal de gens au vélo. » (M6)* Certains médecins proposaient au patient de pratiquer une AP avec eux. *« Moi je fais une action moi-même sur la pétanque parce que ça allie plein de choses, ça allie le lien social, c'est très facile tu peux le faire n'importe où, ce n'est pas cher tu vois ? » (M12) ; « Là on avait tenté de faire avec le centre médical un groupe pour Odyssea mais on s'y est pris trop tard. Je leur avais dit qu'ils pouvaient s'inscrire avec nous ou qu'on serait là-bas pour qu'on se motive. Voilà créer de l'émulation ça peut aider. » (M11)*

- *Autonomie et progression*

Pour tous les médecins, la notion de progression était primordiale lors d'un conseil en AP. « *Et même si le patient il ne peut faire que 15 min dans la semaine et ben c'est déjà ça et on verra au fur et à mesure progressivement dans le temps pour l'accompagner, pour augmenter.* » (M9) Débuter progressivement une AP permettait « *d'avoir le moins d'échec possible et le moins de découragement possible.* » (M11) Certains avaient pu expérimenter les échecs lorsqu'ils avaient essayé d'atteindre des objectifs trop rapidement. Il fallait donc avoir des objectifs réalistes pour les médecins. « *Ça évite de les perdre en route. {...} aller trop vite sans eux, ça ne sert à rien.* » (M11)

Certains médecins expliquaient au patient comment évaluer l'intensité de la pratique. L'un d'eux expliquait au patient que « *le but du jeu c'est d'avoir un petit essoufflement et le cœur qui accélère un petit peu {...} Donc moi je dis simplement que là où ça fonctionne c'est quand on a un petit peu chaud et que le cœur accélère un peu, on sent que la respiration accélère un petit peu.* » (M2) Un autre médecin apportait des précisions, « *attention on distingue le lèche vitrine de la marche qui mouille le tricot {...} Mes critères c'est : on mouille la chemise.* » (M5) Chaque médecin exposait simplement au patient l'auto-évaluation : « *Est-ce que vous arrivez à parler quand vous courez ? Si vous n'arrivez pas à parler ou à faire une phrase c'est que vous allez trop vite.* » (M8)

f) Les modalités de prescription de l'AP

- *La forme orale privilégiée*

La notion de prescription de l'AP ne suscitait pas de réelles réticences mais ses modalités étaient très hétérogènes, voir floues. Dans ce contexte un médecin avançait que la prescription d'une AP « *ne veut pas dire grand-chose pour moi.* » (M11) La prescription pouvait être perçue comme une nouvelle tâche chronophage par certains médecins. « *Si on écrivait tous les conseils de prise en charge on ne s'en sortirait pas.* » (M6)

Le terme « prescription » semblait freiner certains médecins car faire la promotion de l'AP relevait plutôt d'un conseil. « *Mais le patient n'est jamais obligé de le faire* » (M2) et « *reste libre.* » (M4) La prescription était perçue pour une partie des médecins comme « *une*

autorité {...} une hiérarchie. » (M8) Pour un médecin tout ce qui est de l'ordre du conseil tenait à la discussion. « En fonction de ce qu'on va, de l'échange qu'on aura on va avancer tout doucement donc ça va être une discussion, ça ne sera pas une prescription qui est une vision très verticale des choses, dans laquelle je ne me reconnais pas. » (M9)

Une grande partie des médecins déclarait prescrire oralement l'AP. « *C'est dans le langage, je ne l'écris pas mais je le dis. » (M8) ; « Je disais au patient hein c'est une prescription que je fais même si je ne l'écris pas. » (M6) Certains par défautisme, comme déclarait M2 : « Je n'ai jamais prescrit {de manière écrite}. Je dis comme ça à l'oral parce que je sais que ça ne sera pas fait en pratique ». D'autres estimaient manquer de compétence pour prescrire de manière écrite. « Je n'ai pas la formation pour {...} dans mon internat ou externat de médecine générale je n'ai pas eu de notion spécifique. » (M3)*

Pour la majeure partie des médecins, la responsabilisation et l'autonomisation du patient passait par une bonne compréhension des objectifs. « *Si on fait bien comprendre ça à la personne et qu'on lui explique bien, qu'on voit qu'elle l'a compris, je pense que ça vaut autant que si c'est écrit. » (M4) En ce sens, plusieurs médecins ne voyaient pas la plus-value d'une prescription écrite. « En quoi le fait de dire prescrivez une AP ça change quelque chose par rapport au fait de dire aux gens parce qu'on voit qu'ils ont besoin de pratiquer une AP ? » (M7) ; « Mais bon si on fait une ordonnance à part, pour dire : marchez tous les jours 30 min euh bon, ce n'est pas euh, je trouve que c'est un peu du gaspillage de papier. » (M4)*

Cette prescription sur ordonnance ne serait pas adaptée à tous et pouvait parfois être péjorative. « *Ce qui peut être un peu, peut-être sclérosant pour certaines personnes. Si on fait juste une petite prescription qu'on marque à la suite de l'ordonnance je trouve que c'est moyen parce- que, enfin le pharmacien n'a pas besoin de lire ça. {...} je pense que ça vaut autant que si c'est écrit et c'est moins, peut-être moins infantilisant aussi. » (M4)*

- La forme écrite, une plus-value dans certains cas

Un médecin évoquait l'intérêt que pouvait avoir une prescription pour certains patients. « *Peut-être que l'écrire ça a un impact psychologique plus important... » (M4) Face à certains patients, la prescription pouvait se révéler être un support intéressant. Pour certains prescrire l'AP par écrit, permettait au médecin de renforcer l'intérêt médical de l'AP au patient. « De*

la conseiller comme un médicament. » (M4) ; « Le fait d'écrire noir sur blanc {...} montrer au patient que ça fait partie du traitement au même titre qu'on pourrait mettre un médicament ou une ordonnance de kiné. » (M1)

g) L'apport du décret sport sur ordonnance et dispositifs APA

Le décret sport sur ordonnance n'ayant pas ouvert de prise en charge financière, il semblait dépourvu d'effet en l'absence de dispositif relai. Pour un médecin cela traduisait *« beaucoup de bonnes intentions mais qu'il n'y a pas les finances qui vont avec. » (M9)* Tous déploraient cet aspect. *« C'est une bonne idée sur le papier encore une fois c'est pas du tout mis en place » (M2)* Beaucoup de médecins ne comprenaient pas l'apport de cette loi. *« Après vous pouvez le faire mais ce n'est pas remboursé derrière donc ben dans ce cas-là ne passez pas au décret quoi. On le fait déjà en pratique nous. » (M2)* Pour un autre médecin elle traduisait au contraire, une réelle intention de souligner l'importance des thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge des patients. *« En fait, l'idée de la HAS c'était je pense mettre sur le même pied une prescription médicale et une prescription de sport, dans ce cadre là, pourquoi pas. » (M8)* Selon M4 cela n'avait pas vraiment permis d'ouvrir plus de possibilité dans le domaine de l'AP : *« Sauf qu'en pratique ben s'il n'y a pas de dispositif derrière et ben on prescrit, enfin voilà on avait déjà le droit de prescrire avant. »* Pour la plupart des médecins l'ordonnance n'apportant pas d'autre possibilité au patient, cela ne les incitait pas à rédiger à l'écrit une prescription d'AP. *« C'est déjà une prescription, j'explique aux patients que c'est aussi important qu'un médicament dans leur prise en charge. Mais je n'écris pas sur une ordonnance si ce n'est pas remboursé et que cette ordonnance ne sert pas à une institution. » (M6)*

Le décret sport sur ordonnance suscitait une incompréhension : *« ça sous-entend pour moi qu'un problème de santé publique aussi grave que l'obésité et la sédentarité et un traitement aussi simple que l'AP avec moins d'effet secondaire était remboursé par la sécu quoi. » (M2)* M1 rajoutait : *« Si c'est sur ordonnance logiquement ça devrait être pris en charge et remboursé. »*

Il existait donc une réelle interrogation quant aux bénéfices apportés par la rédaction d'une ordonnance d'AP dans le contexte actuel. *« Je ne vois pas en quoi ça pourrait changer. » (M7)* La question n'était pas tellement la forme mais plutôt l'accès que celle-ci

permettait, en termes de dispositif ou de personne ressource. « *On peut toujours écrire quelque chose sur un bout de papier mais s'il n'y a pas de dispositif derrière, qu'il n'y a pas de prise en charge {...} dans l'état actuel des choses c'est un peu inutile.* » (M4)

L'intégralité des médecins regrettait la restriction du public visé. En effet, plusieurs médecins pensaient que « *s'ils sont en ALD c'est que c'est trop tard (rire).* » (M1) Des médecins s'interrogeaient sur la pertinence de certaines ALD. Certaines pathologies entraîneraient des difficultés à pratiquer de l'AP. « *La maladie d'Alzheimer {...} il y a quand même des critères qui font qu'on ne peut pas.* » (M3). Pour d'autres affections, l'AP n'apportait pas de bénéfice direct. « *Par exemple, ça ne concerne pas les gens qui sont en situation d'obésité et puis par contre ça va concerner des gens qui ont des hémoglobinopathies ou des maladies dont l'évolution n'est pas du tout liée à la pratique d'une activité physique. {...} Les pathologies ne suffisent pas à définir les bénéficiaires.* » (M4)

S'agissant d'une hygiène de vie à adopter, l'habitude de la pratique d'une AP devait être prise avant une éventuelle admission en ALD pour la totalité des médecins. Pour M5 : « *Encore une fois, de façon préventive. Quand on arrive chez les personnes âgées qui ont des pathologies, c'est trop tard. L'activité physique c'est dans la vie des jeunes, des jeunes adultes, des adultes qu'il faut aménager les temps de travail pour que les gens aient le temps de faire une AP etc.* »

Néanmoins les médecins interrogés accueillait favorablement la notion d'activité physique adaptée car intéressante pour des personnes présentant des déficiences ou des limitations. « *Avec des difficultés particulières soit avec un manque de motivation {...} ou le besoin d'être encadré.* » (M1) ; « *On va dire qu'il a eu le mérite de distinguer activité physique tout venant, activité physique adaptée et tout ce qui est de l'ordre de la rééducation. Il a eu le mérite aussi de définir quel était le niveau de qualification requis pour accompagner les personnes dans chacun de ces 3 niveaux.* » (M4)

2-2-2 Les fondements de l'hétérogénéité des pratiques

a) Une affinité et des compétences variables

Les médecins n'ayant pas de compétences particulières au sujet de l'AP évoquaient spontanément une histoire d'affinité pour expliquer la divergence de pratique. « *Après il faut*

penser à tellement de chose, ça dépend de la philosophie, si vous allez voir un médecin du sport, l'AP il va y penser tout le temps c'est comme moi je pense toujours au tabac quoi. » (M2) Ainsi quelques-uns choisissaient d'orienter la consultation sur un autre aspect. « Je suis plus du côté nutrition car c'est un domaine qui me passionne. » (M3) Pour M7 : « je pense qu'on reflète, que notre AP reflète ce qu'on est. Les médecins très sportifs vont beaucoup faire leur médecine là-dessus. Euh moi je vais dire que je vais être peut-être plus, je vais passer plus de temps à batailler sur l'équilibre alimentaire que sur l'AP. »

Les médecins formés dans ce domaine, déploraient l'absence d'homogénéité des pratiques professionnelles chez les médecins généralistes. « Tous les médecins devraient savoir ce que c'est un test 6min. Tous les médecins devraient savoir si c'est une personne moins valide, un up and go. » (M12)

Pour M9 qui éprouvait une réelle affinité à l'AP, pratiquer soit même une AP ne se substituait pas à une formation : « ça ne suffit pas à accompagner les gens. {...} c'est beaucoup demander au médecin généraliste de prescrire une activité physique adaptée {...} On n'a pas à définir quel type d'AP est plus adaptée à au patient. » (M9)

Les médecins n'ayant pas de formation de médecine du sport se sentaient limités. « Je n'ai pas les compétences d'un coach moi hein {...} moi je vais avoir des, des gros traits, mais c'est le coach qui va savoir ce qu'il faut faire, il est formé pour. » (M5)

Les médecins étaient pour une grande partie d'entre eux désireux d'informations sur le côté pratique. « C'est des informations pratiques, sur comment prescrire. Le contenu d'une prescription, ça me manque si vraiment je voulais m'y mettre. » (M3) Si quelques-uns avaient entendu parler des professionnels de l'AP, ils avouaient ne pas savoir « qui ils sont et où. » (M3) L'un d'eux expliquait que le manque d'information était la conséquence d'un manque de curiosité. « Je regarde rarement ce qu'il se passe autour de moi et je n'écoute pas les infos. » (M2)

Pour M4, le manque d'affinité et de formation était un frein à la promotion de l'AP. « Certains médecins ne se sentent pas trop concernés, ou pas trop compétents pour pouvoir accompagner les patients {...} se sentent peut-être limités, pour les encourager, les orienter et les accompagner ».

Les médecins pratiquants eux même une AP et étant à la fois formés, n'exposaient pas de difficultés particulières en dehors des facteurs liés aux patients et aux facteurs extérieurs. « *Ben non parce que moi j'en suis convaincu, donc je n'ai pas de difficulté à le proposer dans tous les cas et puis j'y pense systématiquement parce que moi je, je sais le plaisir qu'il y a dans le sport ou dans l'AP si tu veux. Donc moi je suis un peu à part quoi, vraiment j'aime ça.* » (M12)

Au contraire, un médecin expliquait que suite à l'arrêt de l'AP à cause d'une blessure, il n'éprouvait plus d'affinité pour cette thématique et n'oriente plus sa pratique clinique en ce sens. « *Je n'ai jamais été très médecine du sport même si je suis médecin du sport officiellement. Je n'ai jamais été passionné, ce qui m'intéressait c'était le grand raid. J'ai d'autres intérêts {...} Moi j'en faisais deux par an et c'est pour ça que je ne peux plus courir.* » (M8)

b) La promotion de l'AP est-elle rentable ?

Au fil des entretiens, les médecins évoquaient beaucoup la question du temps. La notion de temps semblait être un frein majeur pour les médecins. Comme le soulignait l'un d'entre eux « *ça prend du temps de discuter de ça, ça va beaucoup plus vite de marquer un médicament.* » (M5) Il ressortait déjà de l'analyse des pratiques des médecins que ces derniers étaient moins enclins à faire la promotion de l'AP pour les patients non motivés car outre les difficultés à susciter la motivation, cela semblait prendre un temps considérable. Le temps passé par le médecin pouvait être jugé comme non rentable face à la faible proportion de patient qui initiait réellement une pratique d'AP. Pour un grand nombre, il s'agissait d'un problème récurrent : « *le temps, toujours pareil en médecine générale. Toujours le temps.* » (M2) La consultation en médecine générale ne pouvait pas uniquement s'axer sur l'AP selon plusieurs médecins. « *Moi le temps de ma consultation, il faut que je gère quand même un peu plus de choses et je ne vais pas consacrer toute ma consultation à l'AP, ce n'est pas possible.* » (M11) ; « *Mais en gros les deux choses qui seraient importantes c'est que ça ne soit pas une guerre pour inclure un patient {...} que ça ne soit pas trop pris sur le temps de consultation du médecin {...} Si c'est une nouvelle mission à inclure ça va concerner beaucoup beaucoup de patients, beaucoup de dossiers à remplir donc il ne faut pas que ça soit chronophage.* » (M10).

Même parmi les médecins ayant une formation dans le domaine de l'AP le temps était évoqué comme un frein. « *Je considère, pas de ne pas avoir de compétences parce que j'en ai, mais de ne pas avoir suffisamment de disponibilités pour leur expliquer.* » (M8)

Le caractère chronophage était souligné car le temps et l'argent semblaient relatifs. « *Le temps c'est de l'argent* » (M8) ; « *On l'impression de passer du temps au même prix que si l'on n'a passé 5min.* » (M2)

Les médecins possédaient des opinions différentes concernant la valorisation financière de ce type de consultation. Pour quelques médecins il s'agissait réellement d'un choix de pratique professionnelle, « *ça demande du temps euh, c'est comme les consultations de manière générale en médecine et la philosophie qu'on a face à ça. En l'occurrence moi je prends du temps et pas beaucoup d'argent.* » (M8) ; « *Il n'y a pas de valorisation complémentaire, pour moi, ça fait partie de la consultation. Après on sait que moi j'ai déjà beaucoup de mal à gérer mon temps et je fais des consultations assez longues.* » (M6)

D'autres médecins évoquaient la valorisation financière comme moteur. « *Que ça soit rémunéré {...} que ça soit considéré comme une consultation spéciale, ou même avoir un ROSP avec les personnes qui seraient incluses à l'intérieur quoi.* » (M10) La difficulté d'orienter les consultations vers des thérapeutiques non médicamenteuses pouvait être lié au fait que cela soit chronophage et non valorisé financièrement. « *Il y a beaucoup à dire, tout ce qu'on fait en conseil, tout ça ce n'est pas pris en charge. Tout le temps qu'on passe à expliquer ce n'est malheureusement pas pris en charge. Alors que c'est le cœur de notre activité, je pense. {...} Moi je pense qu'on doit valoriser le temps en médecine, le temps passé en consultation. Je pense que tant qu'on ne fait pas ça la médecine va se casser la gueule de plus en plus parce que là actuellement on ne valorise que les actes techniques et du coup, on déforme complètement la médecine puisqu'on incite à faire des actes techniques.* » (M7) Il semblait y avoir un intérêt à valoriser le temps afin de permettre la promotion de l'AP selon les médecins interrogés. « *Pour que les professionnels s'y retrouvent tous {...} L'argent quoi c'est le nerf de la guerre. Montrer au médecin généraliste que derrière ça suit.* » (M2)

Pour les médecins formés en AP, la valorisation financière de leurs compétences était intéressante. « *Ah ben je me bats pour ça, j'ai demandé à ce qu'il y ait une revalorisation parce que cette consultation si elle est bien faite elle est longue, comme tu as pu le voir dans le guide la HAS.* » (M12)

Finalement, la rentabilité d'un conseil ne tenait pas qu'à son aspect financier mais à la satisfaction que le médecin pouvait éprouver devant le retour des patients et devant les résultats obtenus comme l'analyse le montrera par la suite. S'agissant d'une consultation de base pour la majeure partie des médecins interrogés, certains avaient du mal à justifier la plus-value financière de cette dernière. « *Après ben c'est considéré comme une consultation normale. Après ça dépend de quelle est la prescription qui en découle, si le bilan est approfondi ou pas. Si le bilan est approfondi peut-être que ça justifierait une rémunération supérieure mais sinon généralement ça s'intègre dans une consultation avec deux autres motifs.* » (M4)

2-2-3 Le besoin d'appui

a) Isolement professionnel

Les médecins généralistes interrogés ressentiaient le besoin de travailler en collaboration. Pivots du système de soin, ils exprimaient leur besoin de s'appuyer sur d'autres professionnels pour que leur « prescription » soit efficace. Sauf exception, ils n'accompagnaient pas les patients physiquement lors de la pratique d'une AP. « *Parce-que ce n'est pas moi qui vais faire faire l'AP à la personne quoi.* » (M3) Si la majorité des médecins acceptait cette tâche de promotion de l'AP, ils avouaient ne pas pouvoir le faire de manière isolée. « *Non je ne serais pas capable de faire ça seul, parce qu'il y a probablement des choses à côtés desquelles je passe.* » (M11)

Selon une grande partie des médecins, un défaut de communication renforçait leur isolement. La plupart des médecins avait entendu parler des nouveaux concepts mais ne connaissait aucun interlocuteur : « *Où se trouvent ces structures* » (M10) ni « *vers qui orienter exactement sur le plan local.* » (M3) L'un d'eux déplorait le fait de ne pas avoir de contact : « *Je n'ai pas d'annuaire et je ne connais pas personnellement les gens non plus.* » (M4) Une information plus claire et un échange avec les acteurs des dispositifs existant permettrait de

lever certaines barrières. Plusieurs médecins expliquaient qu'il serait bien d'avoir des visites au cabinet. « *Si on distribue des ordonnances à tous les médecins c'est sûr que ça va marcher* » (M8) ou s'il était possible de « *rencontrer les acteurs* » (M3) s'ils se présentaient « *comme des visiteurs des labo.* » (M9)

Parfois les interlocuteurs pouvaient être connus des médecins, mais il pouvait exister une difficulté de contact. Un médecin racontait : « *chaque fois que j'ai essayé de me mettre en contact il n'y a personne, on arrive à joindre personne.* » (M7) Cette communication rompue semblait présenter un frein important pour les médecins.

b) Les professionnels libéraux

En premier lieu la collaboration se faisait avec les kinésithérapeutes libéraux. « *Le kiné* » (M11) ; « *notamment kiné du sport* » (M6) pour « *la réadaptation, la remise en forme.* » (M7) Plus rarement quelques médecins orientaient vers « *une diététicienne.* » (M5) Un médecin avouait adapter les orientations en fonction du patient. « *Pour ces patients et je préfère que ça soit fait par des professionnels.* » (M9) Les médecins appréciaient la disponibilité des professionnels lorsque ceux-ci étaient connus « *coachs APA ou les éducateurs sportifs* » (M9) ; « *c'est plus cadré, plus centré sur les choses, et lui le temps de sa consultation c'est pour le sport.* » (M11)

c) Les établissements privés

Contrairement au dispositif d'APA, les médecins connaissaient d'avantages les structures médicalisées telle que « *la clinique Oméga* » (M1) ou « *les centres de rééducation* » (M12) qui possèdent « *une équipe pluridisciplinaire vous savez, psy, coach sportif, nutritionnistes toute, toute la batterie.* » (M7) Ils témoignaient de leur satisfaction d'avoir pu orienter leurs patients vers ces structures, ce qui illustre leur besoin d'appui. La rééducation pouvait être utilisée lorsqu'un événement de santé avait eu lieu ou parfois de manière préventive pour un médecin « *je m'en sers même avant.* » (M12)

d) Les associations

Le travail avec les associations était plébiscité. Selon les médecins interrogés, en cas de déficit d'offre d'APA, ils n'hésitaient pas à orienter vers les associations culturelles et sportives existantes. « *Il y a plein de choses qui existent déjà quand même hein {...} il y a des choses de plus en plus accessibles aux gens* » (M5) ; « *D'ailleurs il y a aucun éducateur sportif, euh voilà, ce qui se fait c'est plutôt les associations.* » (M2) Un autre racontait « *Après dans mon quartier il y a une association qui fait fitness zumba en maison de quartier et ça attire pas mal de monde.* » (M11) La plupart des médecins connaissait « *les groupes de marches de quartier ou les associations de 3ème âge.* » (M6)

En fonction des connaissances du médecin, le choix pour le patient était plus ou moins large. Le médecin présentant une réelle affinité pour l'AP possédait un réseau d'interlocuteurs privilégiés, facilitant alors sa tâche d'orientation. Comme le précisait deux d'entre eux « *Je connais un peu le maillage sportif donc souvent je peux les orienter {...} Je peux proposer aussi des activités pour les personnes âgées avec le challenge des séniors. {...} les personnes qui ont du diabète avec ADN 974, donc ce sont des associations qui ont des tarifs d'adhésion dérisoires.* » (M9) ; « *Si c'est quelqu'un qui a des freins d'organisation, ben moi je suis au fait de savoir qu'est-ce qu'il y a comme association pas très loin de chez lui qui peut lui proposer. Par exemple ben vous habitez où ? Où est-ce que vous êtes ? Voilà. Et si tu veux en fonction de son lieu géographique lui trouver une AP où il n'y a pas de frein géographique.* » (M12)

Le médecin pouvait informer son patient de son implication et de ses contacts, renforçant ainsi leur motivation. « *Tu proposes, tu lui marques, je marque noir sur blanc si tu veux euh telle association, tel endroit etc. Et puis je leur dis : Attention hein, mi sa téléphoné hein !* » (M12)

Dans certaines communes les médecins estimaient les propositions des associations suffisantes. « *Utilisons, apprenons aux gens, rendons accessible ce qui existe déjà aux gens, apprenons aux gens à l'utiliser, souvent il n'y a pas besoin de faire des trucs en plus. C'est comme les lois, il n'y a pas besoin de faire des lois en plus, il faut déjà appliquer celles qui existent.* » (M5) Tous étaient forcés de constater qu'il existait malgré tout une disparité d'offre associative. En fonction des villes et des quartiers il existait une réelle inégalité relative aux politiques municipales. « *Dans l'Est on est pauvre. A Saint-Denis il y a pas mal d'association,*

dans l'Ouest encore plus. Ici dans l'Est, il faut que tu les provoques. Parce que les APA ils ne veulent pas venir s'installer ici ou alors ils veulent pas mal d'argent c'est compliqué hein. Les mairies ne sont absolument pas sensibilisées, absolument pas. {...} On est très en retard par rapport à d'autres régions. » (M12)

e) La culture

Au cours des entretiens, certains médecins constataient qu'il existait une réelle culture et dynamique sportive sur l'île ce qui semblait être un atout. Même s'il existait une recrudescence de la sédentarité. « *On est très branchés sur le sport {...}il y a beaucoup de manifestations. Il y a une culture sportive à la réunion. C'est « bien ancré ici. » (M7) Pour un médecin certaines associations permettaient de « visiter l'île {...} c'est une richesse d'ici. » (M7)*

f) Le soutien financier

Si tous regrettaient l'absence de prise en charge financière pour le patient par la sécurité sociale, les médecins les plus informés à ce sujet soulignaient l'importance de s'appuyer sur d'autres acteurs. Comme « *les assureurs » (M8) « les mutuelles » (M12) qui « proposent de payer l'abonnement en salle à des gens » (M5) « dans leur intérêt bien entendu ». Une autre partie soulignait qu'il y avait parfois des choses déjà mises en place « *comme des actions communales {...} avec une prise en charge quasiment totale avec des frais qui sont vraiment minimes. » (M8) ; « Bon et puis, enfin, moi je pense plutôt que c'est aux collectivités et la mairie le fait très bien. » (M5)**

Tous semblaient s'être posé la question de la provenance du financement mais la réponse ne semblait pas unanime « *Je ne saurais pas me prononcer si est ce qu'il faut que les collectivités ou la sécurité sociale prennent en charge. » (M4)*

g) Les dispositifs APA

Les médecins étaient unanimes sur le fait que la disponibilité des dispositifs d'APA permettait d'apporter une réelle plus-value en termes d'observance : « *Une meilleure observance {...} car ça sera adapté à nos pratiques, nos capacités. » (M3) ; « Le fait, qu'il soit*

encadré et soutenu je pense que ça peut favoriser l'observance. » (M1) Certains évoquait le côté positif de la mise en place d'un réel suivi « il y aura d'un un suivi euh meilleur. » (M4) Si les médecins semblaient assez restreints en termes de proposition d'AP, travailler avec ces dispositifs permettait au patient d'avoir le choix « le plus d'AP différentes. » (M1)

Tous les médecins interrogés semblaient séduits à la présentation du dispositif SSO de l'office municipal des sports de Saint-Paul. La plus grande partie des médecins imaginait ce qui pouvait être proposé et n'avait pas réellement travaillé avec ce type d'organisation. L'intégralité appréciait qu'une activité adaptée pouvait être proposée au patient, « *propre à ses particularités {...} on ne va pas lui imposer {...} on va chercher quelque chose qui lui correspond. » (M1) ; « Le patient il entrerait plus dans un circuit et il va dire ben là, on s'occupe de moi et ben voilà chez toutes les personnes où ça n'a pas fonctionné se sentir dans un circuit en gardant leur autonomie c'est toujours un plus. » (M10)*

Pour l'ensemble des médecins il y avait pour eux comme pour les patients des facteurs de nature à être en confiance et à les rassurer. Une majeure partie des médecins estimait qu'il était important pour le patient « *d'être encadré, d'être surveillé. » (M4) Les médecins ayant participé à des dispositifs déjà existants saluaient le suivi réalisé. « SSO les rappelle si jamais ils décrochent » (M4)*

L'existence de ces groupes permettait de mettre en avant la dynamique de groupe en créant une ambiance agréable pour la plupart des médecins. « *Une bonne ambiance, une bonne dynamique ç'est important pour favoriser l'AP chez ses patients. » (M6)*

Les médecins prescripteurs SSO semblaient séduits : « *C'est un dispositif qui est très bien conçu et très bien organisé, on a des retours qui sont ce que deviennent les patients, ils sont évalués à la fois en terme physique en terme on va dire de bien-être et puis en termes de motivation aussi à la pratique. » (M4)*

Les médecins ayant une connaissance des dispositifs SSO soulignaient l'accessibilité financière et le « *tarif vraiment dérisoire. » (M9) Le frein du coût pouvait ainsi être levé. « Que tout ça soit remboursé ça pourrait faciliter l'adhésion. » (M10) ; « La gratuité, enfin la pseudo gratuité, en tout cas c'est peu cher et ça permet le brassage de de la population et une accessibilité au plus grand nombre. » (M9)*

Un médecin témoignait de son incompréhension quant à l'absence de déploiement d'un tel dispositif. « *Quand tu vois ce qui se passe à Saint-Paul, à Strasbourg quand il y a un suivi avec des gens sérieux et tout ça marche et on le sait. {...} C'est pour ça quand on a des trucs qui marchent bien je ne comprends pas que SSO ne soit pas développé aux 4 coins de l'île.* » (M12)

Pour une grande partie des médecins, les professionnels et structures de l'APA n'était pas encore suffisamment accessibles. « *Ça n'existe pas dans la ville où j'exerce.* » (M1) Un autre constatait de manière plus générale le retard que l'île peut avoir comparé à d'autres régions. « *Il n'y a pas grand-chose qui malheureusement ont été mise en place et on peine à créer la filière sport sur ordonnance à la Réunion qui reste localisé à quelques communes.* » (M9)

h) Aménagement du territoire

En dehors de la question des dispositifs et de la provenance des financements, l'urbanisme et l'aménagement du territoire devaient être potentialisés afin de créer un environnement de pratique d'AP favorable selon les médecins. Constituant ainsi un élément sur lequel le médecin pouvait s'appuyer au cours de son activité de conseil.

La majorité des médecins interrogés insistait sur le besoin de proximité des infrastructures. En effet, les patients n'avaient pas toujours « *de salle de sport à côté* » (M3) et possèdent des difficultés « *à se rendre sur les lieux {...} entre chez eux et l'endroit où ça se pratique.* » (M4) Il serait intéressant de déployer les aménagements sportifs qui sont pour l'instant jugés comme insuffisants par la plupart des médecins. « *Il faudrait des antennes un petit peu partout {...} Au plus proche de la population.* » (M1) ; « *Et moins il y a de piste cyclable, moins il y a de voies douces, moins il y a de forêt plus c'est compliqué pour les gens de trouver des espaces pour pratiquer.* » (M4)

Les structures sportives devaient être adaptées au climat de l'île, afin d'être accessible à tout moment de la journée et par tous les temps selon les médecins. « *Oui ça m'arrive souvent, parce-que les gens disent : Il fait trop chaud docteur.* » (M2) ; « *On n'a pas le temps, il pleut, il fait chaud, les moustiques (rire)* » (M8) ; « *Il faut qu'il y ait de l'ombrage, qu'il y ait des points d'eau.* » (M9)

La notion de sécurité était également évoquée spontanément. Plusieurs médecins ont entendu les difficultés de leurs patients. Parfois les animaux pouvaient entraver la pratique d'une AP pour les patients. « *Ils ont peur des chiens {...} ils ne peuvent pas se balader tranquilles. Les chiens les courent après.* » (M7) Il était essentiel selon la plupart des médecins de proposer un environnement sécurisant. « *Adaptée en termes de sécurité, que ça soit des lieux qui soient bien éclairés, bien fréquentés, qu'il n'y ait pas de, de violence. Il faut que le lieu soit agréable, sécuritaire, et pratique {...} il faut qu'il y ait une possibilité d'endroit sécurisé où les enfants peuvent jouer, si les mamans emmènent les enfants avec elles.* » (M9)

Quelques médecins exerçaient en milieu rural et jugeaient qu'il s'agissait d'un atout pour faciliter la pratique d'une AP. « *Là où je suis installée c'est un quartier quand même très rural encore, pleins de champs de canne. Donc les gens aiment bien se balader dans le quartier c'est assez facile.* » (M11) La possibilité de pratiquer une AP directement dans un cadre agréable proche de son lieu de vie permettait de pallier à l'absence d'infrastructure pour certains médecins. « *Quand ils n'ont pas besoin de trop se déplacer ou quoi que ce soit pour faire, je trouve que la motivation va un peu plus vite.* » (M11)

i) Les futures Maisons Sport-Santé

Concernant le nouveau concept de Maison Sport-Santé, les avis divergeaient. Certains médecins y étaient favorables, voyant par ce biais une possibilité de collaboration. « *Je pense que ça permet déjà, d'identifier un peu mieux les difficultés des patients sur la pratique même et pas que le côté social et organisationnel ça serait pas mal. Et de les aider à augmenter là où ils ont du potentiel.* » (M11) Le médecin généraliste pourrait alors disposer de ressources, « *la MSS il faut la voir comme une bibliothèque. C'est-à-dire, ue si le patient a besoin d'une information en termes d'APA que ça soit un bilan initial ou intermédiaire en APA, c'est le lieu où il pourra avoir ce bilan, c'est aussi le lieu où il pourra être en lien avec des personnes qui pourront lui offrir des informations sur le type d'AP que présente le secteur.* » (M9)

Tous s'accordaient sur leur rôle d'orientation vers des professionnels qualifiés, l'un d'entre eux ajoutait : « *C'est comme si tu l'envoies voir un spécialiste du sport, tu présentes ça comme ça.* » (M11) Chaque professionnel semblait avoir un rôle à jouer dans ce domaine. Si le médecin était le premier interlocuteur il restait limité en termes de conseils techniques pour la pratique. « *Les laisser le choix de comment ils vont le faire.* » (M6) L'existence des dispositifs

APA semblait favoriser la promotion de l'AP par les médecins généralistes en proposant une offre plus complète et mieux coordonnée (en établissement privé ou type SSO). L'articulation des professionnels autour du patient favoriserait la fluidité des parcours et l'échange de connaissances. « *Chacun à apprendre à l'autre sans arrêt {...} Il faut parler le même langage, c'est pour ça qu'il faut être formé. Il faut qu'on fasse les mêmes tests, il faut qu'on les connaisse les tests. {...} Tu gagnes du temps.* » (M12)

Toutefois la disponibilité et la création de dispositifs suscitait des craintes. Certains médecins redoutaient qu'orienter les patients vers des professionnels de l'AP ne les écarte de la prise en charge de ces derniers. « *C'est une démission totale du médecin là {...} c'est une décharge du médecin* » (M8). Contrairement à ce qui pouvait être réalisé au sein des structures hospitalières, le travail en collaboration directe avec le médecin peinait à se faire selon un médecin interrogé : « *En médecine générale ce n'est jamais fait.* » (M2)

2-3 Rien ne vaut l'expérience

2-3-1 Le plaisir, une condition *sine qua non*

La notion du plaisir ressenti lors d'une pratique d'AP était un élément essentiel évoqué par tous les médecins. En effet, ils estimaient qu'éprouver du plaisir était une condition nécessaire pour assurer la pérennité de la pratique d'AP. Intégrer l'AP dans le quotidien du patient était la première étape, mais le but final était d'obtenir son adhésion. « *Il faut qu'ils aiment, qu'il y ait une notion de plaisir, pour que ça soit pérenne* » (M6) ; « *Qu'il puisse faire de l'AP en se faisant plaisir plutôt que ça soit imposé. {...} Il faut qu'ils y aillent par plaisir.* » (M10)

La majorité des médecins avait pu expérimenter l'intérêt pour le patient d'éprouver du plaisir. « *Je pense que la façon principale pour motiver c'est qu'il faut absolument qu'il fasse quelque chose qu'il aime. Si tu dis à quelqu'un d'obèse : il faut aller courir pour maigrir, ça ne marche pas. Donc il faut trouver une AP qui lui plaise. Ça peut être la danse, la pétanque, la marche mais il faut trouver même si ce n'est pas un sport.* » (M12) Pour certains médecins, les patients pouvaient se représenter l'AP comme une notion s'opposant au plaisir. « *Ils ne savent pas ce que c'est l'AP et ont une représentation un peu négative en disant ben l'AP ça*

fait mal c'est désagréable, donc ils n'ont pas envie de faire ça. {...} Pour certaines personnes ça n'est que de la souffrance. » (M9) Le rôle du médecin était là aussi important. « Je le dis parce-que je suis dans l'addiction mais le plaisir. {...} Apprendre que le sport n'est pas une souffrance. Enfin c'est une souffrance mais un plaisir. » (M2)

2-3-2 L'expérience professionnelle

a) Les critères d'évaluation

Lorsque le patient était motivé et débutait une AP il était important pour les médecins de les réinterroger régulièrement afin d'avoir un suivi et un rôle de motivation tout au long du changement. « *À chaque fois que je les revois je leur pose la question et on voit si l'AP a été régulière ou pas. » (M1) Réaliser ce suivi était primordial pour tous les médecins car « ce n'est pas lors de la première consultation où tout sera réglé. {...} Je ne m'attends pas à un changement miraculeux, je ne demande pas qu'on soit directement dans les objectifs quoi. » (M10) La notion de régularité semblait être un des critères premiers d'évaluation pour une majeure partie des médecins. « *La régularité me semble un bon résultat. » (M11)**

Comme le soulignait un médecin, le but était d'atteindre les recommandations lorsque cela était possible. « *Tendre vers les objectifs de l'OMS quoi. » (M10) Les recommandations mondiales ne devaient pas constituer un critère d'évaluation pour une majeure partie des médecins interrogés. « Les 30 min par jour recommandées parfois on n'y arrive pas hein, ça devient compliqué. » (M6) ; « Mais c'est clair qu'on n'est pas à 3 heures de sport par semaine quoi, c'est mort. {...} Il faut aussi prendre en compte que c'est des gens qui à la base n'en faisaient pas. Donc passer de zéro à trois heures, ben c'est compliqué. » (M11)*

Une fois le changement amorcé il fallait parvenir à le maintenir dans le temps. L'ensemble des médecins avouait la difficulté de maintenir cet effort. « *C'est dur après de garder par contre, ça c'est le stade 4 {de la roue de Prochaska} c'est dur de garder. » (M12) Lorsque certains patients se sentaient en échec, le médecin devait intervenir. « Donc ben on essaie de faire un peu de renforcement positif en soulignant l'activité physique qu'ils font déjà. » (M4) Les médecins sensibilisés à l'ETP estimaient que cette pratique avait un rôle déterminant à ce stade de consolidation. « *C'est un comportement qui va perdurer, qui va être maintenu dans le temps et devenir pérenne. {...} Une fois que ça s'est ancré, on pourra voir**

avec le patient pour progressivement aller vers une fréquence un peu supérieure et l'accompagner à avoir des adaptations dans sa vie pour que cette fréquence d'activité physique soit supérieure. » (M9)

b) La démotivation

Pour quelques médecins, les patients pouvaient s'imposer des objectifs trop ambitieux et pouvaient se retrouver dans une situation d'échec lors d'une pratique en autonomie. « *Après les autres difficultés, le découragement des fois ils pensent que dès qu'ils commencent ils vont perdre du poids tout de suite ou que ça va se voir tout de suite. {...} Donc c'est plus ça qui est difficile à faire tenir. Quand ils n'ont pas l'impression que c'est aussi vite qu'ils veulent. » (M11)* Certains médecins rapportaient des situations de patients confrontés au découragement. « *Y a une fois une dame qui est venue me voir en me disant que s'était trop dur de marcher avec les copines dans la côte, alors elle disait qu'elle allait arrêter » (M6) ; « Un monsieur, il avait essayé de faire un peu quelques exercices et notamment il s'est acheté un vélo {...} sauf qu'il avait mal au genou quand il pratiquait et du coup ça le décourageait il était en train d'arrêter. » (M4)*

L'absence de dynamique sociale pouvait également entraver la régularité des patients selon quelques médecins. « *Oui, parce que si tu veux après, quand tu réussis à convaincre quelqu'un à faire une AP, s'il l'a fait seule, il abandonnera très vite, à moins que ce soit dans son caractère d'être très solitaire. {...} Ben oui parce que quelqu'un que tu dis, allez faire un tour le long de la rivière sur le parcours, il va te le faire deux fois pour te faire plaisir puis après il en aura marre. » (M12)*

De même l'absence de mise en place de cours et d'encadrement prévus par certaines associations pouvait atténuer la motivation des patients voir des médecins. « *J'ai voulu inscrire 4 personnes, 3 ont abandonné. Au début on leur a dit : « Ah ben non il n'y a pas les cours parce que vous n'êtes pas assez nombreux. » Mais s'ils ne les commencent pas tant qu'il n'y a pas un nombre de personne ça ne commencera jamais. {...} Maintenant je ne sais pas, j'ose plus proposer aux gens, si tu veux. Donc c'est un petit peu dommage. C'est pour ça qu'il vaut mieux finalement faire ta propre soupe avec ce que tu connais bien. C'est-à-dire avec tes patients entre eux par exemple. » (M12)*

c) Les blessures

Au sujet de l'AP la plupart des médecins avait pu expérimenter les effets néfastes chez les patients. Plusieurs types de lésions pouvaient se retrouver comme une « *tendinite {...} fracture de fatigue.* » (M11) Pour quelques médecins ces lésions étaient le résultat d'un sport pratiqué en autonomie et en l'absence de sécurité ou d'objectif raisonnable. « *Excès de sport ou un sport qui est mal pratiqué* » (M1) ; « *Parce qu'ils sont allés trop fort.* » (M11) Parfois pratiquer dans une salle de sport pouvait s'avérer délétère selon un médecin. « *Parce que les gens en salle de sport, ils se font mal hein.* » (M6)

Outre les conséquences directes, le fait que le patient ait fait l'expérience de « *se blesser ou d'avoir des courbatures* » (M11) pouvait conduire à l'abandon ou au découragement.

Un des médecins exposait l'effet délétère de l'AP chez un de ses patients. « *Lui il a une ostéonécrose aseptique de la hanche {...} Mais je pense que c'est très lié à sa suractivité physique oui. {...} Là typiquement on est sur une pathologie qui est directement liée à son activité physique.* » (M7)

Au travers de son discours un médecin expliquait que l'expérience des blessures ou accidents liés à l'AP ne modifiait pas sa représentation positive. « *J'ai vu 3 infarctus en 30 ans {...} et un s'était un monsieur de 60 ans qui faisait du vélo 3 fois par semaine. Qui avait aucun facteur de risque hein, zéro ! {...} Il y a toujours des contres exemples évidemment, il y aura toujours l'exemple du mec sportif qui fait son infarct' quand même. Et là il faut avoir les arguments, en disant oui mais en regardant les chiffres on s'aperçoit quand même que...* » (M5)

Si les représentations en faveur de l'AP n'étaient pas modifiées, l'expérience conduisait à modifier les pratiques cliniques des médecins afin de sécuriser la réalisation d'une AP par le patient. « *D'être bien et de ne pas se blesser surtout.* » (M8) Comme le résumait l'un d'entre eux « *Quelqu'un qui s'entraîne mal, qui mange mal et qui veut avoir des objectifs inaccessibles en l'état actuel, il va se blesser.* » (M8)

d) Des résultats encourageants

Le constat d'une dynamique sociale entraînant était sans appel. « *Il y a tellement de choses positives à les mettre dans des associations, tu mélanges les âges et ça c'est génial ! {...} Tu as des interconnexions vachement sympas. A Saint-Paul c'est pareil, tu vois que les gens se mélangent les âges se mélangent et après ils se soutiennent mutuellement quand il y a des activités.* » (M12)

Dans leur pratique professionnelle les médecins avaient pu constater des effets positifs d'une pratique d'AP, semblant renforcer leur représentation et leur pratique en ce sens. « *Là c'est la saison, ils sont en train de réinscrire les gens au pôle sénior, donc c'est les maisons de quartiers qui font ça. {...} C'est bien ils font des séances qui sont supers, les gens sont très contents. Ils font de la danse, du tai-chi de l'aquagym.* » (M5) Le retour positif des patients semblait encourager le médecin à orienter vers les associations et structures disponibles.

La proposition d'une activité physique adaptée à une certaine catégorie de patients était accueillie favorablement. « *Ça l'avait rassuré car elle n'avait jamais fait de sport et elle ne savait pas comment faire, où aller et elle ne savait pas quoi faire non plus. {...} La patiente était contente que je puisse lui proposer ce type de prise en charge.* » (M9) L'expérience des patients avec les dispositifs SSO était encourageante. « *J'étais médecin prescripteur pour le dispositif Sport Sur Ordonnance, donc j'ai plusieurs patients qui ont pu bénéficier de ce dispositif et qui globalement ont été très satisfaits. {...} Ça leur a permis d'abattre certaines difficultés psychologiquement au moins. Parce qu'ils ont vu qu'ils étaient capables. {...} Ça leur aura permis d'en pratiquer au moins pendant un an et même après de lever des blocages.* » (M4) Les résultats obtenus par les patients ayant bénéficié du dispositif SSO étaient très encourageants pour les médecins ayant la possibilité de travailler en collaboration avec ce type de dispositif.

La plupart des médecins étaient ravis de constater la sensation de bien-être et de plaisir éprouvée par le patient. « *Il est hyper content, il est satisfait des sensations, d'avoir repris une activité physique. Sur le moral ça lui fait un bien fou. {...} Il s'est mis à faire du vélo comme moi, il le dit : « le sport ça a bouleversé ma vie ! »* » (M6) Constater les bienfaits de la pratique d'une AP par le patient semblait renforcer la représentation positive du médecin.

L'expérience professionnelle de M12 renforçait ses convictions concernant l'AP même si les études ne le prouvaient pas. « *Contrairement à ce qu'on dit que le sport ne fait pas maigrir, ce n'est pas vrai. Il y a des tas de jeunes femmes et tout, quand elles se mettent à aimer la course à pied, je peux te dire qu'elles perdent du poids.* »

Sur le plan biologique plusieurs médecins avaient pu constater de bons résultats. « *L'HBa1c qui était à 6,4% donc on avait largement atteint les objectifs de prise en charge* » (M9) ; « *Pour les diabètes qu'on a du mal à équilibrer c'est clair que c'est déterminant. {...} Le fait qu'ils se remettent à marcher on a tout de suite des bonnes améliorations. Le cholestérol aussi.* » (M7) La plupart constatait une amélioration dans plusieurs domaines physique, biologique et psychique. « *Hémoglobine glyquée dans l'objectif. {...} La tension aussi. {...} Dans la tête c'est mieux, les gens sont contents. Oui les gens ne font pas leur âge.* » (M6) Si les études avaient démontré les bienfaits de l'AP, le médecin pouvait aussi lui-même constater les différents bienfaits de l'AP au travers de son expérience professionnelle.

Les pratiques cliniques des médecins semblaient donc également marquées par leur parcours professionnel, par exemple lors de la réalisation de leurs stages. « *Ben comme je disais, ça m'a bien été apporté en stage libéral avec certains maîtres de stage qui insistaient beaucoup sur l'éducation thérapeutique.* » (M10) ; « *J'avais fait, pendant mon internat j'avais bossé en pédiatrie en unité d'obésité infantile à Saint-Denis là, à l'hôpital d'enfant. Pour motiver les enfants obèses on nous disait toujours commencez par vous mettre à leur niveau.* » (M11)

2-3-3 La pratique personnelle du médecin

Concernant leur pratique personnelle d'une AP, les médecins exposaient les mêmes motivations et freins que les patients.

a) Les motivations du médecin

Questionner les médecins sur leur rapport personnel à l'AP est apparu essentiel pour mieux comprendre le phénomène de promotion de l'AP. Ainsi, comme pour les patients, les motivations des médecins étaient nombreuses.

L'espérance de vie en bonne santé était évoquée par certains. « *Alors il faut faire de l'activité pour bien vieillir.* » (M6) ; « *Se dire que ben faire du sport ça maintien en forme.* » (M10)

La notion de surmenage et d'épuisement professionnel était parfois mise en avant. Ainsi plusieurs médecins pratiquaient une AP d'abord pour ses propriétés relaxantes. « *C'est un peu ma méditation, c'est un temps pour moi.* » (M9) ; « *C'est un moment où tu vide ta tête, où tu es concentrée que sur une seule chose.* » (M11) ; « *Se dépenser après sa journée de travail ou autre et faire le vide dans la tête. Permettre un équilibre dans la vie quotidienne.* » (M10) ; « *Ça nous libère, ça nous libère l'esprit. {...} Ça maintient aussi le gout de vivre. Ça évite la déprime, le burn out aussi parce qu'on travaille beaucoup.* » (M6)

Les résultats physiques et la perte de poids était également recherchés pour d'autre. « *Récupérer mon poids avant grossesse.* » (M11) ; « *Ça va être un plaisir plus esthétique, pour maintenir une forme musculaire satisfaisante à la fois visuellement parlant pour qu'esthétiquement j'ai envie de correspondre à ce type de personne et puis pour pouvoir maintenir mes capacités physique à faire de l'effort.* » (M9)

Beaucoup insistait sur l'effet de groupe et le partage. « *Le fait de voir du monde, le coté social* » (M9) ; « *Le plaisir, bien être l'amitié aussi.* » (M6). Ce qui pourrait expliquer leur recherche de dynamique de groupe lors de leur exercice professionnel. Pour plusieurs médecins, pratiquer en groupe permettait de susciter la motivation. La notion de partage et de compétition pouvait être utilisée. L'un d'eux avoue : « *j'aime le jeu, je n'aime pas les sports solitaires {...} il faut qu'il y ait du jeu, une compétition.* » (M12)

b) Le médecin, un patient comme un autre

Un médecin avouait avoir de la difficulté à se remotiver et soulignait l'importance d'un encadrement et de la notion d'engagement. « *Je voyais mon coach 2 fois par semaine pour me remotiver {...} De savoir qu'il y a quelqu'un derrière, que j'ai payé, que je dois le voir donc je me force en fait.* » (M11)

Un autre médecin se confiait sur le fait que lui-même ne suivait pas les recommandations. « *L'organisation du planning, le mien par exemple {...} il faudrait que je*

m'organise vraiment le week-end pour faire ça. Moi je suis hyper sédentaire, je ne marche pas c'est une catastrophe. » (M7) Un autre déclarait : « je vais tenter là de marcher. Je n'ai pas encore eu vraiment de temps. Voilà, j'aimerais, c'est ma nouvelle résolution 2020. » (M3)

Tous expérimentaient les difficultés que toute personne pouvait rencontrer. « *Qu'est ce qui me motiverais. J'essaie de me mettre à la place de quelqu'un lambda {...} C'est vrai qu'avec le travail, les enfants. Les contraintes de la vie quotidienne (sourire). Voilà je réfléchissais d'ailleurs pour moi-même en fait. Je disais mais comment je peux l'intégrer. Finalement je me suis dit peut-être que quand on a des enfants, les intégrer à l'activité quoi. » (M3)*

Si la marche semblait de prime à bord un bon compromis, un grand nombre de médecins avouaient ne pas pratiquer cette AP. Les activités pratiquées par les médecins interrogés étaient la course à pied, le vélo, les sports de combats, la danse ou la pétanque. La plupart d'entre eux pratiquait une AP en groupe pour « *créer des réseaux d'amitié, de camaraderie, pour s'entraîner les uns et les autres. » (M6) Pour un médecin au contraire, pratiquer seul permettait de prendre un temps pour soit. « Je préfère les sports individuels où il n'y a pas à causer avec l'autre, on refait le monde, on a des idées. » (M8)*

Une fois la pratique débutée, plusieurs médecins avouaient avoir des difficultés à se passer d'AP. Ils éprouvaient les effets délétères à l'arrêt. « *Dès que j'arrête de faire du vélo j'ai mal partout. » (M5) ; « Déjà en 2 semaines je le sens, déjà au niveau du travail je réfléchis moins vite, je marche moins vite. » (M2) ; « Si je ne fais pas d'AP j'ai mal au dos. » (M9)*

c) L'expérience rend légitime

Les médecins pratiquants une AP, éprouvaient eux-mêmes les bienfaits et n'hésitaient pas à parler de leur propre expérience. « *Quand j'ai arrêté de fumer j'ai pris 13 kg et je n'arrivais pas à les perdre. Du coup je me suis mis depuis que j'ai fait mon infarct' a une AP régulière c'est-à-dire que tous les jours je fais au minimum ou une heure et quart de marche ou trois heures de pétanque, tous les jours. Du coup je me sens tellement mieux physiquement, psychologiquement, j'ai perdu du poids. » (M12)*

Sur le plan psychologique un grand nombre de médecins soulignait les effets bénéfiques. « *C'est que, je ne sais pas si c'est pareil pour toi ou pour d'autre personne mais c'est un moment où on refait le monde. {...} A mon avis, le sport est très créatif en fait. Donc il y a deux aspects à mon avis, l'aspect physique évident et même l'aspect psychologique et qui fait qu'après vous allez beaucoup mieux, c'est évident.* » (M8)

S'il existait des données scientifiques largement en faveur de l'AP, le fait pour le médecin d'expérimenter et de ressentir les bienfaits de la pratique d'une AP semblait également renforcer ses représentations à ce sujet. Cet aspect était souligné par les médecins eux-mêmes. Ainsi, pour une majeure partie des médecins, pratiquer une AP leur apportait plus de connaissances. « *Ressentir soi-même les bienfaits de l'AP c'est indispensable pour pouvoir en parler. {...} A partir du moment où tu as expérimenté toi-même c'est plus facile de choisir. Parce-que tu as vu les avantages et les inconvénients, ça apporte une expérience qui n'est pas dans les livres. Donc c'est quelque chose qu'on peut partager et quelque chose qui peut apporter de la motivation aussi, pour inciter les patients à pratiquer parce-que nous même on y croit pour l'avoir expérimenté.* » (M4) ; « *Je pense que si tous les médecins, médecins du sport ou pas faisaient eux même du sport, je pense que ça leur facilite quand même la compréhension par le patient. {...} C'est tous les signes qu'on ne trouvera jamais dans un bouquin et qu'on ne peut comprendre que quand on l'a vécu.* » (M8)

Pour pouvoir conseiller plutôt que d'ordonner il semblait important de parler de son expérience personnelle et d'échanger avec le patient selon la plupart des médecins. Qu'il s'agissait des difficultés : « *Et je trouve que ça ouvre quand même le fait que tu parles de ton expérience en disant oui c'est vrai que c'est compliqué, là j'ai un enfant je vois pas le bout'. Donc il y a quand même un côté compréhension, basé sur ton expérience personnelle et ton attrait pour le sport.* » (M11) Ou qu'il s'agissait de sa pratique personnelle d'AP. « *C'est plus facile de parler de quelque chose que l'on fait, quelque chose que l'on aime. Mon rapport n'est pas artificiel je ne dis pas au patient : « Allez faire de l'AP » mais moi je n'en branle pas une. Ça permet aussi de mieux comprendre les difficultés que peuvent rencontrer les patients.* » (M9) ; « *Au même titre que quand les gens viennent vous voir pour le grand raid, l'ayant fait moi même 12 fois, je sais ce que c'est le grand raid, je sais ce que c'est.* » (M8)

Pour plusieurs médecins interrogés, leur rapport à l'AP se devait d'être authentique pour pouvoir la conseiller au patient. « *Après si le médecin est plutôt du genre sportif ça aura un*

impact mais si tu es face à quelqu'un qui n'a pas bougé depuis 40 ans, imagine le patient. Être face à quelqu'un qui fait zéro sport et qui te dis : « vas faire du sport ». Je pense que là aussi... » (M11) Un médecin racontait : « C'est bien beau de conseiller aux gens si on ne le fait pas. C'est comme un médecin qui fume, quelle crédibilité quoi ? Moi les gens ils me disent hein : « Ah docteur on vous a vu passer en vélo ! » Ben oui mais attendez pourquoi vous croyez que je vous demande d'en faire ? » (M5) L'image reflétée par le médecin était essentielle, elle influençait son discours. « Complètement tout ce que tu représentes en tant que médecin. Tout ce que tu es en tant que soignant, tu vas déteindre sur tes patients. Par rapport au fait que je fasse du sport, je suis totalement influencé. Quand je dis qu'il faut qu'il fasse du sport je suis crédible quoi. » (M2)

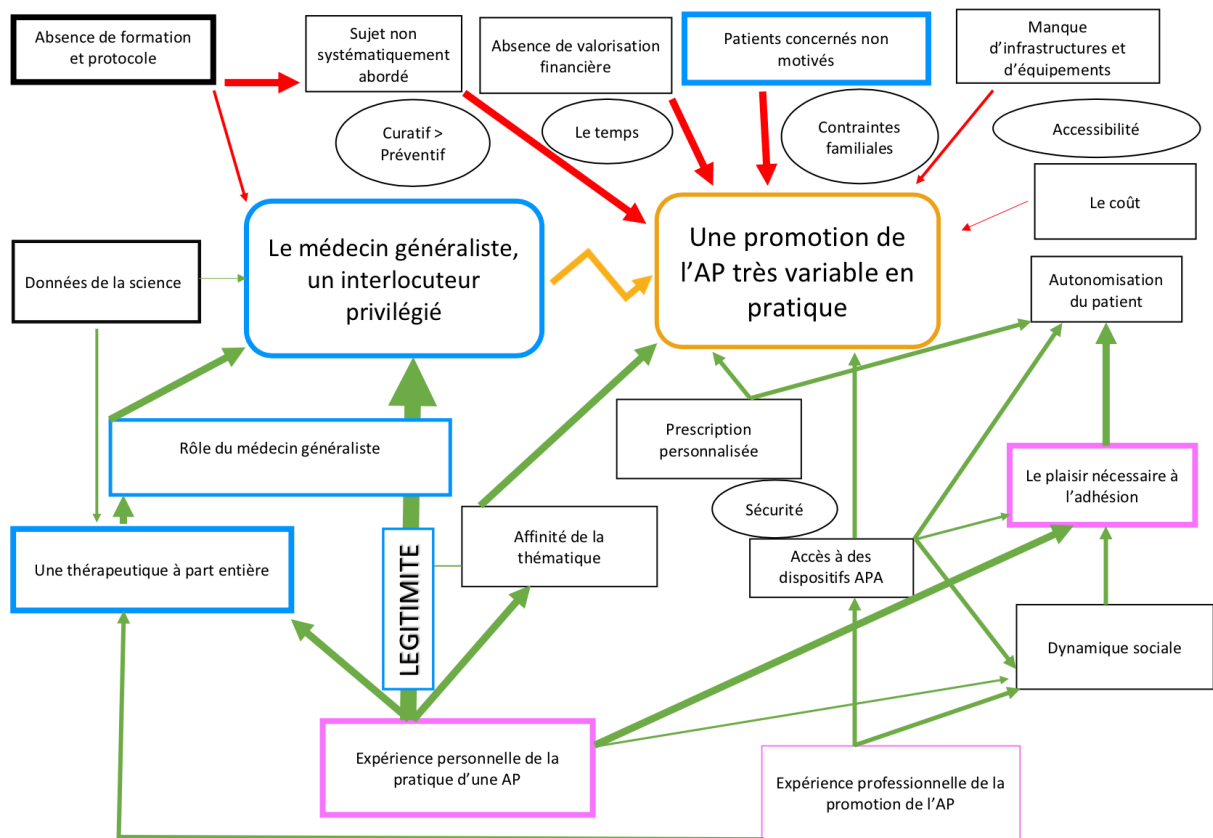
Les médecins, eux-mêmes parents pouvaient se rendre compte des difficultés d'organisation et proposer des solutions. « *Du coup quand ils m'exposent leur difficulté du genre je travaille toute la semaine. Ben comme moi je travaille toute la semaine jusqu'à 18h et c'est la merde. Mais le dimanche je peux. Donc je leur dis, le dimanche il y a moyen de... » (M11) Pour les mères de famille, intégrer les enfants pouvait s'avérer intéressant. « D'aller marcher avec eux, se donner du temps pour être avec eux et pour pouvoir faire de l'activité physique. » (M3)*

Confronté aux mêmes difficultés que le patient, le médecin adaptait son discours en fonction de sa propre expérience. L'empirisme semblait ici influencer la pratique de chaque médecin. « *Je sais la difficulté que c'est de s'organiser pour. {...} C'est vrai que ça a changé par rapport au début où j'avais tendance à dire si vous voulez perdre il faut manger moins et bouger plus. Ouais c'est facile à dire mais c'est pas du tout comme ça dans la vraie vie. {...} Donc ça voilà ça fait réaliser un petit peu les choses. » (M11)*

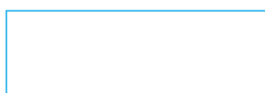
Au contraire, M7 qui ne pratiquait pas d'AP semblait ne pas se sentir légitime à évoquer le sujet de l'AP. Plutôt que de renforcer le trait de la culture sportive, il s'orientait vers la diététique car se sentait plus à l'aise à ce sujet. « *Je vais passer plus de temps à batailler sur l'équilibre alimentaire que sur l'AP. Dire d'arrêter le piment c'est très compliqué. C'est culturel et c'est difficile de leur faire entendre que la santé peut-être plus importante que certains traits de culture quoi. {...} Ah oui il y a vraiment une culture sportive à la réunion par rapport à la métropole. » (M7)*

Afin d'avoir un sentiment de légitimité, une perspective était naturellement soulevée par une partie des médecins. « *J'ai une réponse qui me vient à l'idée, c'est : il faudrait d'abord que les médecins fassent du sport eux-mêmes.* » (M5)

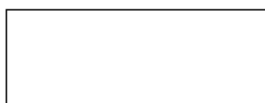
2-4 Modélisation : Facteurs influençant la promotion de l'activité physique par les médecins de l'île de la Réunion



LEGENDE :



Les représentations du médecin généraliste



Les éléments factuels



L'expérience du médecin généraliste



Les éléments en faveur de la promotion de l'AP



Les éléments qui entravent la promotion de l'AP

DISCUSSION

1- ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS

1-1 Entre l'empirisme et les données issues de la science

1-1-1 Les bienfaits de l'AP

Dans cette étude, les médecins interrogés ont tous connaissance des bienfaits de l'AP qui leur apparaissent comme une évidence. Ils connaissent les effets bénéfiques de l'AP sur le plan physique, biologique et psychologique comme retrouvé dans de nombreux articles. Parmi eux, la revue de la littérature de Pedersen et al. résume les bienfaits de l'AP pour 26 pathologies chroniques (17).

Même en deçà des recommandations, ils semblent déjà percevoir les bénéfices de l'AP chez leurs patients. En ce sens, les médecins interrogés par Damiano estimaient percevoir une amélioration de l'état de santé des patients bénéficiant d'une heure d'AP par semaine grâce au dispositif SSO de la ville de Saint-Paul (18).

Les médecins se considèrent avant tout comme des scientifiques et ont le sentiment d'orienter leur pratique d'abord en fonction des études. Comme l'expose Lauvin, l'EBM (Evidence base medicine) traduit la scientification de la médecine et est l'une des composantes principales de la décision médicale (19). Néanmoins les résultats de cette étude suggèrent que leur pratique serait au moins autant influencée par l'empirisme que par la science. En effet, si la science a permis d'apporter les connaissances initiales, il semblerait que l'expérience influence de manière importante les représentations et la décision médicale des médecins. Lors des entretiens, ils se réfèrent d'abord à leur expérience professionnelle au travers des résultats obtenus par leurs patients et leur pratique personnelle avant les données purement scientifiques. L'EBM était initialement définie comme la scientification de la médecine avec l'appui des décisions sur les études cliniques. L'analyse des résultats de cette étude renvoie à la nouvelle approche de l'EBM qui intègre trois composantes afin de fonder les décisions cliniques : l'expérience clinique du praticien, les données de la science et l'expérience du patient.

Dans l'étude de Frank et al. (20) les habitudes en termes de prévention semblaient influencées par les habitudes personnelles du médecin. Ils retrouvaient une différence de 13,7%

entre le nombre de patients vaccinés contre la grippe en fonction du statut vaccinal du médecin lui-même. Alors qu'il existe de nombreuses données scientifiques sur les bénéfices de la vaccination anti-grippale, il illustre que le comportement personnel du médecin est reproduit dans sa pratique clinique. Cette hypothèse est également retrouvée dans l'étude de Meshefedjian et al. (21) où il est mis en avant qu'un médecin non-fumeur aura plus tendance à encourager son patient au sevrage tabagique qu'un médecin fumeur.

Ainsi, les médecins de notre étude qui ont fait part d'un problème de santé semblaient plus concernées par l'AP et déclaraient parler plus d'AP au patient. Dans la thèse de Lacroix (22) qui évalue le bon usage de la prescription de l'activité physique chez les patients ayant une hypertension artérielle, il apparaissait aussi que les médecins hypertendus conseillent davantage l'AP à leurs patients. Ce qui laisse supposer une prise de conscience ou un réel bénéfice vécu par le médecin.

Les médecins pratiquant une AP et expérimentant eux-mêmes les bienfaits semblent conseiller plus fréquemment une AP au patient dans cette étude. Dans la méta-analyse de Felipe Lobelo et al. (23) une association statistique est retrouvée entre le niveau de pratique d'AP du médecin et le conseil en AP. De nombreuses études aboutissent à ce même résultat (24,25).

1-1-2 Les risques liés à l'AP

Si certains médecins ont pu avancer leur crainte des blessures au cours des entretiens, la balance bénéfice-risque semble toujours favorable à l'AP. L'expérience de la démotivation, des blessures et accidents liés à une pratique d'AP chez leurs patients ne semble pas modifier leurs représentations. Elles conduisent uniquement à adaptation de leur pratique professionnelle.

Dans la thèse de Chapuis, certains médecins ont peur que le patient subisse un événement coronarien aigu ou cardiovasculaire de manière plus générale (26). Les *verbatim* montrent que les médecins agissent avec prudence pour assurer la sécurité du patient. La majorité des médecins évalue les capacités des patients lors de la rédaction du certificat de non contre-indication. L'examen clinique est complété la majeure partie du temps par un examen complémentaire. Un électrocardiogramme est réalisé comme recommandé par la société

cardiologie (27). Parfois l'examen donne lieu à une orientation vers le cardiologue pour la réalisation d'une épreuve d'effort. Cela permettrait au médecin de se rassurer, de faire réaliser une AP en sécurité afin de ne pas entraver la relation médecin-malade et de ne pas engager sa responsabilité.

1-2 Les freins et les leviers du patient retrouvés dans la littérature

Les freins et leviers évoqués par les médecins de cette étude sont également retrouvés dans la littérature.

1-2-1 Les freins des patients

L'objectif de cette étude n'était pas d'étudier les représentations des patients, mais les freins que pensent identifier les médecins de cette étude sont en tout point semblables à ceux identifiés par les médecins interrogés dans d'autres travaux.

La question de la motivation des patients et de leur temps disponible (difficultés d'organisation personnelle) ressort comme les facteurs déterminants pour pratiquer une AP. Ces freins sont retrouvés dans la thèse de Barthel (28) : le manque de motivation est avancé par 88,3% des médecins interrogés et le manque de temps par 41,7% des médecins. Les patients évoquent eux aussi les mêmes difficultés dans la thèse quantitative de Rolland (29).

Un autre élément déterminant est soulevé par certains médecins de l'étude : les patients seraient non informés de l'intérêt médical de l'AP. Dans le travail d'Anis, la non perception de la relation entre AP et santé est également évoquée comme un frein par les médecins (30).

La question de l'investissement et du coût perçu comme trop élevé est également évoqué et semble représenter un frein à la pratique d'une AP pour les médecins de cette étude. De nombreuses études retrouvent également cette donnée, avancée à la fois par le médecin et les patients (31,32).

Dans cette étude, la sédentarité croissante de la population est perçue comme une entrave majeure à l'AP par les médecins et donne le sentiment que le mode de vie moderne

s'oppose à la pratique d'AP. Ils éprouvent de réelles difficultés à lutter contre cette évolution générale des modes de vie. Cette tendance est effectivement confirmée par l'étude épidémiologique ESTEBAN de Santé Publique France qui objective que les comportements sédentaires prédominent de nos jours, avec une augmentation considérable du temps passé tandis que le temps d'AP régresse (3).

L'urbanisation peut être perçue tantôt comme un levier et tantôt comme un frein. Elle peut permettre d'augmenter l'offre en termes de structures et d'aménagements favorables à une pratique d'AP, ce que les médecins de notre étude estiment être un levier pour favoriser la pratique d'une AP, comme dans l'étude de Korkiangas et al. (33). Parfois au contraire, l'urbanisation diminue la possibilité de se déplacer à pieds ou d'avoir accès à un environnement favorable à la pratique, orientant les patients vers des modes de déplacement passifs. Les patients interrogés par Scoatariu-Thiébaud évoquent aussi comme freins l'absence d'environnement adapté à la pratique d'une AP proche du domicile (34).

Dans notre étude, les peurs des patients sont évoquées de manière secondaire tout comme dans la littérature :

- La peur du regard des autres, le manque d'estime de soi sont bien identifiés dans la littérature (35).
- La peur de la blessure revient dans les *verbatim*. L'étude de Donahue et al. (36) portant sur les barrières et les leviers à la pratique d'une AP chez les patients à risque de diabète retrouve également cette notion. Dans la méta-analyse de Morgan et al. (37) la peur de la blessure s'accompagne également de la peur d'aggraver une pathologie préexistante. La peur des hypoglycémies est fréquemment retrouvée dans la littérature (38).
- La peur de l'agression (par une personne malveillante ou un animal) peut créer un sentiment d'insécurité selon les médecins de notre étude. Le fait de pratiquer une AP seule peut donc se révéler être un frein selon plusieurs études (26,37).

Enfin, une expérience décevante au cours de la pratique d'une AP est à prendre en compte selon les médecins interrogés. On retrouve l'importance du vécu de la pratique sur l'adhésion future des patients à l'AP (39). La congruence avec la littérature renforce la validité externe de ce travail.

1-2-2 Les leviers des patients

Concernant les motivations intrinsèques des patients pour débiter une AP, la perte de poids avancée comme moteur est retrouvée fréquemment dans la littérature (40). Concernant les caractéristiques des patients eux-mêmes, la population féminine semble être plus motivée à la pratique d'une AP. Dans la littérature, les motivations sont en effet variables en fonction du genre (41,42). La population féminine est en effet plus présente dans les dispositifs SSO, notamment dans les travaux de Grondin et Meyer portant sur le dispositif SSO de la ville de Saint-Paul (43,44).

La motivation peut venir de la connaissance de l'intérêt médical apporté par la pratique d'une AP selon certains médecins. Dans le travail de Rolland (29) les patients expriment comme motivation l'amélioration de leur état de santé. Dans la thèse de Grondin (43) le fait d'avoir moins besoin de traitement médicamenteux était aussi une motivation importante.

Dans son travail sur le dispositif SSO de Saint-Paul, Bajoux (45) expose un amincissement plus important et une meilleure observance dans le sous-groupe « adressés par un médecin » par rapport au patient entrés dans le dispositif par « une démarche personnelle ». Ceci laisse supposer que le fait que l'AP soit « prescrite » au patient par le médecin permet de renforcer l'adhésion, peut-être en percevant mieux l'intérêt thérapeutique de l'AP. Discuter de l'AP avec le médecin constitue donc une motivation à part entière pour le patient (84). Dans le travail de Grondin (43) les patients se disaient eux-mêmes plus motivés par les conseils du médecin. Comme souligné dans le travail de Lobello et al (23), le patient suit les recommandations si les conseils ont été délivrés par le médecin généraliste ou le cardiologue.

L'étude de Morgan et al. (37) souligne également que la notion de personnalisation et de diversité de l'offre sont des facteurs facilitant la pratique d'une AP comme identifiés dans notre étude.

La dynamique sociale et l'appartenance à un groupe constitue également un levier important. Ces aspects aussi sont rapportés par les patients interrogés dans l'étude de Ferrand et al. (41)

Pour les médecins, la recherche du plaisir et du bien-être apparaît comme un élément fondamental pour maintenir la pratique d'une AP. Ces éléments sont retrouvés dans les travaux de Grondin (43) et de Ryan et al. (46) En ce sens, Barwais et al. (47) soulignent que la sensation de bien-être éprouvée s'améliore lorsque les patients réalisent une AP et réduisent leur temps passé assis.

Concernant l'APA, le sentiment de sécurité apporté par la présence d'un professionnel formé en APA était rapporté par les médecins. Les dispositifs d'APA, lorsqu'ils sont disponibles semblent être de réels outils pour le médecin généraliste. Les patients diabétiques de type 2 de l'étude de Casey et al. rapportent la présence d'un éducateur comme un soutien et un élément favorable à l'adhésion (48). Le cadre sécurisant disponible grâce à l'éducateur et la possibilité de poser des questions et d'améliorer ses connaissances sont également des éléments facilitants l'initiation et le maintien de l'AP pour le patient (40).

Dans la thèse de Grondin (43), les barrières des patients telles que le coût, les horaires, la honte ou la peur de faire une crise cardiaque étaient moins citées à M6 par les patients inclus dans un dispositif SSO, renforçant l'idée que les barrières et les leviers soient corrélés à la motivation du patient. Pratiquer une AP adaptée aux capacités et aux envies du patients permettrait d'améliorer la motivation de ce dernier.

De plus constater des résultats objectifs qu'ils soient physiques ou biologiques permettrait d'augmenter l'adhésion du patient à l'AP et assurer la pérennité de la pratique selon Tulloche et al (40).

1-3 L'ambivalence des discours, des difficultés à assumer leur rôle

Dans l'analyse des *verbatim* les médecins désignent la promotion de l'AP comme faisant partie de leur rôle, mais les contours de ce rôle restent flous. En ce sens, lorsqu'Anis (30) interroge les médecins généralistes de son étude sur leur rôle dans le domaine de l'AP, la réponse qui vient en premier lieu est : assurer un suivi médical régulier pour 72,3% des médecins. Seul 56% des médecins estime comme relevant de leur rôle de prescrire selon les limitations fonctionnelles du patient. Ce qui peut constituer un élément de réponse. Il ne s'agirait donc pas d'un rôle de prescription d'AP mais de suivi médical uniquement pour un peu moins de la moitié des médecins.

Alors que les médecins semblaient justifier leur difficulté à promouvoir l'AP par des facteurs externes, il est apparu au cours des entretiens que leurs difficultés étaient aussi en lien avec des facteurs internes que cette étude s'est attachée à préciser.

1-3-1 Le manque d'information et de formation.

Au cours de cette étude il s'est avéré que les médecins proposaient des conseils limités et incitaient les patients à marcher. Ce conseil restreint d'AP est également retrouvé dans les travaux de Chapuis et Lanhers (26,49). Dans leur article, Pojednic et al (24) concluent que ce conseil restreint serait dû au fait que les médecins proposent des activités qu'ils connaissent et qu'ils ont pu expérimenter, mais aussi car ce sont des activités qui leur paraissent adaptées.

On constate une méconnaissance de l'APA lors des entretiens. Dans la thèse de Bugeaud, 46,5% des médecins interrogés ne connaissent pas les dispositifs APA, existants pourtant dans leur région (50). Dans le travail de Lecarpentier (51), 80,8 % des médecins ont eu connaissance du décret SSO mais déclarent que cela n'avait rien changé pour leur pratique. Dans les *verbatim* les médecins de notre étude expliquent que l'absence de prise en charge financière de l'APA est la raison pour laquelle cela n'a pas modifié leurs pratiques tout comme dans le travail de Lalun-Kotys (52).

En outre, les médecins ont témoigné de leur difficulté à prescrire une AP. Plusieurs travaux ont également mis en avant la demande de travail en collaboration des médecins généralistes (53). Pour pallier à ce manque de compétence concernant la prescription d'une AP, ils ressentent le besoin de recourir à d'autres professionnels mais semblent trouver difficile d'avoir les contacts nécessaires. Dans le travail de Lesage (31), plus de la moitié des médecins (58,3%) désignent l'absence de réseau et de correspondant comme un frein.

Les médecins convaincus de l'importance de l'AP n'avancent pas de difficulté et savent se reposer sur les associations et structures existantes même en l'absence de dispositif SSO. Dans le travail de Chapuis et Camuset (54) les médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique pour la santé estiment ne pas avoir besoin d'utiliser les nouveaux outils pour promouvoir l'activité physique (smartphones, applications, podomètres...). Ces médecins seraient globalement plus investis et posséderaient plus de contacts.

Les médecins généralistes déplorent le manque de formation à la promotion de l'AP et justifient ainsi leur difficulté de pratique clinique (55,56). Dans notre population, tous les médecins généralistes sont effectivement conscients du rôle déterminant de l'AP dans la prise en charge des patients mais les recommandations semblent mal connues. Dans le travail de Malet également, seulement 34% des médecins connaissent les recommandations en termes de durée pour une activité d'endurance d'intensité modérée (57).

Dans un article publié dans le *British Journal of Sports medicine* (58), sur 395 étudiants en médecine anglais interrogés seuls 8,4% estimaient être suffisamment formés pour conseiller une AP au patient. Ils estimaient que la meilleure manière de se former à ce sujet serait une formation pratique sous forme de séance d'AP ou de cas cliniques pratiques. Dans le travail de Lesage (31), les médecins avançaient cette même difficulté et souhaitaient une mise à disposition d'un guide de prescription gratuit ou une soirée de formation médicale continue.

Si le manque de formation est avancé par un grand nombre de médecins. Nous pouvons nous demander si une formation pourrait améliorer la promotion de l'AP. Les médecins ayant participé à une journée de formation déclarent prescrire plus d'AP après une journée de formation dans l'étude de Arciniegas et al. (59). Cependant, selon Rucar (60) suivre une formation (soirée de formation ou formation en ligne proposée par l'Institut de Recherche du Bien-être, de la Médecine et du Sport santé (IRBMS)) ne suffirait pas à lever l'ensemble des barrières qui entravent la promotion de l'AP. Les médecins justifient alors leur faible taux de prescription par la persistance des freins extérieurs.

1-3-2 La valeur du temps passé

Au travers des discours, on retrouve le manque de temps comme principal obstacle. Cet argument est retrouvé dans différents articles comme étant un frein majeur à la promotion de l'AP en médecine générale (61,62,63). Dans plusieurs études, les médecins se disent débordés par l'augmentation des tâches administratives ce qui entrainerait une perte de temps au détriment du patient (63,64).

Le temps nécessaire pour convaincre un patient des bienfaits de l'AP semble réorienter la promotion de l'AP vers les patients en demande, au détriment des autres, que le médecin a tendance à considérer comme non motivés et par conséquent prévisiblement inobservants. Les

médecins soulignent la facilité de leur tâche lorsque le patient consulte spontanément en ce sens pour la réalisation d'un certificat par exemple. 73,6% des médecins interrogés par Anis (30) soulignent la facilité de leur « prescription » lorsque le patient présente un intérêt pour le sujet.

Il semble exister une certaine forme de lassitude et de découragement face au rapport entre le temps passé et les résultats réellement obtenus (65,66). Chevallier et al. (67) montrent dans leur travail que certains médecins estiment que cela dépasse leur champ de compétence et que d'autres professionnels seraient plus compétents dans ce domaine.

Le fait que le temps soit intimement lié à la notion d'argent pose la question de la rentabilité financière pour le médecin généraliste. Dans notre étude les médecins sont partagés au sujet de la valorisation financière de la promotion de l'AP. S'agissant de leur prérogative ils ont des difficultés à justifier la plus-value financière d'une consultation de promotion d'AP. Pour certains médecins, le temps passé à discuter avec le patient nécessite d'être valorisé, cela permettrait au plus grand nombre de s'y consacrer. Dans la thèse de Perwez (66) certains médecins évoquent l'idée d'une cotation spéciale pour les consultations de prévention, de plus en plus présentes et chronophages. Anis (30) trouve dans son travail une corrélation statistique entre le manque de conviction personnelle des médecins généralistes à ce sujet et l'absence d'honoraire spécifique.

1-3-3 La difficulté de la prévention

Concernant la prévention primaire et la détection de la population sédentaire, le médecin se désigne lui-même comme l'interlocuteur privilégié dans notre étude. Lion et al. (56) souligne l'importance du rôle du médecin généraliste dans la promotion de l'AP. Les médecins estiment devoir faire de la prévention dès le plus jeune âge comme dans le travail de Marcacci (68). En ce sens, plus de la moitié des médecins interrogés par Moussard Philippon (53) s'estiment être efficace pour aider les patients à changer de comportements.

Ainsi, dans notre étude, les médecins généralistes estiment évoquer le sujet de l'AP fréquemment, comme dans la thèse de Perwez (66). Mais dans notre étude, comme dans celle de Cournet (69), la réalité de terrain semble différente. Ce dernier estime que le sujet serait évoqué au cours de 12% des consultations. Finalement, les médecins avouent eux-mêmes que le sujet est difficile et peu abordé en consultation comme retrouvé dans la littérature (68). Ils déclarent ne consacrer que 5 min par consultation à la « prescription d'une AP » (30).

En effet, il a été constaté au cours de l'analyse que l'attitude préventive des médecins relevait davantage de la prévention secondaire ou tertiaire que de la promotion de la santé. Finalement l'AP semble être évoquée le plus souvent en prévention secondaire et dans des indications plus restreintes. Comme le confirme Moussard Phillipon (53) : les maladies métaboliques et cardiovasculaires sont les pathologies pour lesquels les conseils en AP sont renforcés le plus souvent dans un objectif de complémentarité aux médicaments classiques (53). S'ils avançaient tous une universalité des bénéficiaires, les médecins semblent choisir la population cible d'une promotion d'AP. Wee et al. (70) montre aussi dans leur étude que les médecins sont moins enclins à promouvoir l'activité physique en prévention primaire. Leur logique curative de soignants les dirige plus naturellement vers la population « malade ». Nous retrouvons également des éléments en ce sens dans l'étude de Dubois (71).

Cette attitude pourrait se justifier par une plus grande sensibilité des patients aux conseils du médecin dans le cadre de la prévention secondaire après un événement de santé ce dont témoigne plusieurs articles (72,73).

1-3-4 Le rapport personnel du médecin à l'AP

Les médecins ayant une réelle affinité pour l'AP et pratiquant eux même, même en étant non formés savent tous dans notre étude l'importance du plaisir. Il apparaît donc que pratiquer soit même une AP et en retirer du plaisir peut parfois suffire pour agir favorablement dans le sens d'une promotion d'AP même en l'absence de formation spécifique. Lobelo et al. aboutissent à cette même conclusion (74).

Un des résultats du travail de Lesage est que les médecins formés en médecine du sport n'avaient pas tous connaissance des lois régissant la prescription de l'APA. Il énonce comme hypothèse que la formation en médecine du sport serait plus orientée vers de la traumatologie ou de la compétition plutôt que vers du sport santé qui appartient à un domaine spécifique récemment développé (31). En revanche nous pouvons émettre l'hypothèse que les médecins formés en médecine du sport soient eux-mêmes plus sportifs que leur confrères.

Comme le souligne Malet, plus le médecin est sportif plus son intérêt pour le sujet est développé (57). De plus, une association significative est retrouvée entre les conseils fréquents

en AP et si le médecin connaît les recommandations. Les médecins qui suivent eux-mêmes les recommandations en termes d'AP sont les mieux informés et promeuvent davantage l'AP. Ce qui est en corrélation avec notre étude. Ceci pourrait expliquer qu'une formation délivrée à un médecin ne pratiquant pas d'AP et ne s'intéressant pas au sujet ne lui permettrait pas d'être davantage efficace.

Les médecins soulignent leur rôle de modèle et leur légitimité à aborder le sujet lorsqu'ils pratiquent eux-mêmes une AP ce qui est également un résultat de l'étude de Stanford et al (75). L'étude de Frank et al. (76) montre en effet que les conseils délivrés en termes d'AP auraient plus de poids pour le patient si le médecin pratique lui-même une AP.

A l'inverse, dans notre étude, les médecins ne pratiquant pas d'AP semblent manquer de légitimité. Cette observation est corroborée par l'étude de Din et al. (77) qui souligne que les médecins ne pratiquant pas d'AP ne se sentent pas à l'aise pour en parler.

Ces données renforcent les conclusions de cette étude qui met en exergue l'influence (inconsciente) de l'expérience de la pratique d'une AP par le médecin sur sa pratique professionnelle. Elles traduisent l'importance de l'influence des parcours des médecins généralistes sur leurs représentations et par conséquent sur leur pratique en termes de conseils dans le domaine de l'AP.

1-4 Croyances limitantes sur les attentes des patients : l'attente de l'ordonnance médicamenteuse

Selon quelques médecins de notre étude, certains patients attendent plutôt une ordonnance médicamenteuse que des conseils de la part du médecin. Aussi, les thérapeutiques non médicamenteuses font plutôt l'objet de conseils rapidement donnés à l'oral en fin de consultation en complément à la rédaction de l'ordonnance classique (78). Comme le souligne la HAS, les représentations collectives restent focalisées sur les thérapeutiques médicamenteuses et la logique curative (79). D'ailleurs, les français font partie des plus gros consommateurs de médicaments (80).

Au contraire comme le souligne Jégou (81) pour les patients, l'absence d'ordonnance à la fin d'une consultation n'entrave pas la relation médecin-malade. Les patients seraient

finalement plus attachés aux conseils qui pourraient être délivrés par leur médecin pour améliorer leur santé. Dans la littérature le médecin généraliste est désigné par les patients comme l'interlocuteur de choix pour parler d'AP (82). Le médecin généraliste est choisi par son patient en fonction de sa disponibilité, ses capacités d'écoute et ses compétences, les conseils et son côté rassurant (83). Comme le souligne Duclos et al, dans le domaine de l'AP les patients attendent du médecin de la réassurance sur les risques et une information sur les bénéfices d'une pratique d'AP (84).

Concernant la prescription d'AP, les médecins de cette étude estiment qu'une ordonnance peut s'avérer être un support utile, selon le profil du patient. Pour Gérin et al, la prescription écrite aurait un impact plus fort sur la réalisation d'une AP par le patient (63). Néanmoins, Riquier montre qu'une intervention brève (orale) possède elle aussi un intérêt car permet déjà à elle seule d'augmenter la pratique d'une AP par le patient (85). Ce que concluent également Lamming et al (86).

Lors des entretiens, les médecins sensibilisés à l'ETP semblaient avoir moins de difficultés à promouvoir l'AP. Ils semblaient posséder davantage de techniques de communication ce qui s'avère un levier intéressant. De plus, Schaffer (87) expose dans son travail, une diminution du tour de taille et de l'ABSI score chez les patients obèses ayant bénéficié d'un programme ETP au sein d'une maison de santé.

Finalement, concernant les thérapeutiques non médicamenteuses, l'observance serait corrélée à la qualité de la relation médecin patient et aux techniques de communication utilisées au cours de la pratique clinique du médecin (88).

2- FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

2-1 Forces de l'étude

Il s'agit d'une étude originale réalisée à La Réunion. Les travaux de thèse à ce sujet se sont principalement attachés à explorer les freins et les leviers extrinsèques influençant la pratique d'une AP. Aussi, ce travail se distingue en essayant d'analyser également les leviers et les freins intrinsèques des médecins. La majorité des thèses réalisées à ce sujet sont des thèses quantitatives. Le choix de l'étude qualitative était pertinent pour aborder la question de

recherche de manière ouverte et compréhensive. L'analyse inspirée de la théorisation ancrée a permis la modélisation des représentations, des pratiques et de leurs articulations. La réalisation d'entretiens individuels en face à face et le non dévoilement de l'objectif de l'étude ont permis aux médecins généralistes interrogés de s'exprimer plus librement. La triangulation des données a permis de renforcer la validité interne de l'étude.

2-2 Faiblesses de l'étude

Plusieurs biais inhérents à ce type d'étude ont pu interférer avec l'analyse :

- **Biais de sélection** : L'effet boule de neige a pu créer un biais au travers de la sélection d'une population présentant un comportement similaire. Nous avons tenté de limiter ce biais en recherchant une variance suffisante au cours du recrutement.
- **Biais de volontariat** : Les médecins ayant accepté de participer à l'étude pouvaient être plus intéressés par le sujet.
- **Biais d'investigation** : Le manque d'expérience de la chercheuse dans la réalisation d'entretiens a pu rendre certains discours plus pauvres que d'autres, notamment lors des premiers entretiens.
- **Biais de mémorisation** : Basé sur un discours déclaratif, l'ancienneté des faits peut entraîner un biais de mémorisation. Toutefois, l'abord de ce sujet en consultation semblait suffisamment fréquent pour amoindrir ce biais.
- **Biais de désirabilité** : Les médecins interrogés ont pu modifier leur discours de manière consciente ou inconsciente afin de rechercher la satisfaction de la chercheuse. Néanmoins, ne pas dévoiler l'objectif final de l'étude a pu limiter ce biais.
- **Biais d'interprétation** : Le codage du verbatim dépendait de la subjectivité des chercheurs. Nous avons donc cherché à limiter le biais d'interprétation par la triangulation des données.

3- PERSPECTIVES :

3-1 Perspectives de soin

Dans le cadre des maladies chroniques, l'étude de Lanhers et al. (49) a mis en évidence, pour des patients diabétiques de type 2, une relation entre les barrières des médecins généralistes et les barrières des patients au sujet de la pratique d'une activité physique. D'autres études sont venues conforter ce résultat (26,88).

Dans un objectif de promotion de l'AP il est donc essentiel de lever les barrières des patients mais également de mener une action sur les barrières des médecins ainsi que leurs représentations. Cela permettrait de modifier leurs pratiques et donc d'améliorer l'adhésion des patients. Comme le souligne Duclos et al. (88) : les médecins s'ils sont conscients des bénéfices de l'AP doivent la considérer réellement comme une thérapeutique à part entière et œuvrer dans le sens d'une « prescription » comme un traitement classique.

Un élément important évoqué par les médecins généralistes eux-mêmes serait d'intégrer des formations à la promotion de l'AP et cela dès la formation initiale. En ce sens, en septembre 2019 un ouvrage de référence intitulé : *Activité physique et sportive : facteur de santé* a été publié pour les étudiants de 2 cycle de médecine. Des formations pour la préparation d'un diplôme universitaire autour du sport-santé sont également proposées par certaines facultés (Paris Descartes, Montpellier). Certains organismes de formation continue proposent également des soirées d'information sur ce thème ou des formations en ligne, mais les propositions sont encore peu nombreuses.

Si le guide de prescription de la HAS et le Médicosport santé sont des outils proposés depuis plusieurs années, ils ne semblent que très peu utilisés car jugés pas assez pratiques. D'autres outils plus simples et rapides d'utilisation pourraient être développés afin d'être utilisés par le médecin au cours des consultations. Dans cette même idée, certaines plateformes numériques (Youtube[®], application smartphone...) proposent du contenu gratuit afin de faciliter la pratique d'une AP (renforcement musculaire, cardio, boxe, yoga, pilate...) sans matériel et sur un temps à adapter. Le médecin peut donc s'appuyer sur les nouvelles technologies afin d'offrir un choix plus large d'AP au patient en ne se limitant plus à la marche.

Selon le profil du patient, il est parfois intéressant de s'appuyer sur la dynamique sociale en l'orientant vers des activités de groupe par le biais des associations ou des dispositifs SSO par exemple. Une information concernant les activités et infrastructures disponibles pourrait être transmise au médecin.

Il paraît également essentiel de former les médecins généralistes à l'éducation thérapeutique et à l'entretien motivationnel, véritables outils en termes de prise en charge globale des patients et de modification des comportements.

De plus la thématique de l'AP soulève l'importance du travail en collaboration et de la coordination afin que la « prescription » du médecin soit efficace. Le médecin généraliste peut avoir le sentiment que son champ d'action s'amenuise, créant ainsi une méfiance vis-à-vis des autres corps de métier dans le domaine. Le rôle du médecin concernant l'AP n'ayant jamais vraiment été défini, il est difficile pour lui de trouver sa place et son intérêt. Il serait intéressant de créer des rencontres entre les différents professionnels et de favoriser le partage d'expérience. De plus, la mise à disposition d'un annuaire permettrait d'améliorer la fluidité des parcours des patients. Le travail en collaboration et l'identification des différents professionnels permettrait à chacun d'avoir un rôle défini et d'agir dans une direction de promotion de la santé.

En ce sens, les dispositifs SSO sont de réelles structures d'appui pour le médecin. Ce dernier a un rôle clairement établi et est perçu comme un véritable prescripteur renforçant l'intérêt médical de l'AP pour le patient. Il s'agit d'encourager le déploiement de ses dispositifs sur l'île de la Réunion afin d'amoindrir les inégalités de santé.

Certaines associations peuvent désormais acquérir le label : sport-santé bien-être niveau 2 (concernant les patients présentant une ALD ou une autre pathologie non exonérante comme l'obésité). Il est donc essentiel que les politiques municipales soient sensibilisées afin d'offrir les financements nécessaires à l'uniformisation des propositions d'APA sur l'ensemble du territoire.

Le temps de consultation étant clairement un facteur limitant, il paraît utile de mieux valoriser financièrement (cotation spéciale ou rémunération sur objectif de santé publique) les

consultations de type ETP et interventions brèves afin de motiver les médecins à s'inscrire dans une démarche préventive.

Enfin, cette étude a permis de montrer l'importance de la pratique personnelle du médecin généraliste. Outre la formation théorique, proposer des activités physiques et sportives et les intégrer au cursus universitaire de l'étudiant en médecine apparaît comme un élément important. Le médecin se doit de pratiquer une activité pour sa santé qu'elle soit physique ou morale, mais également pour agir dans un sens de promotion de l'AP pour le patient.

Il peut être intéressant de proposer aux médecins d'essayer une séance d'APA et de participer s'il le souhaite avec les patients, afin de mieux maîtriser le sujet et de renforcer son rôle de modèle.

3-2 Perspective de recherche

Il serait intéressant de réaliser une étude qualitative portant sur les patients de l'île de la Réunion afin de récolter leurs représentations au sujet de l'AP mais aussi leurs attentes vis-à-vis du médecin généraliste en consultation. S'agissant des cibles de la promotion de l'AP il serait intéressant de confronter les résultats de cette deuxième étude à la nôtre.

CONCLUSION :

Cette étude originale à la Réunion a permis d'explorer les éléments qui influencent la promotion de l'AP par les médecins généralistes.

Les médecins sont convaincus de l'intérêt l'AP pour la santé et estiment être des interlocuteurs privilégiés. Le rôle du médecin généraliste dans la promotion de l'AP est jugé comme encore trop flou et doit être précisé. Dans ce cadre, les médecins expliquent ne pas pouvoir travailler seuls et expriment leur besoin d'appui (professionnel formé, dispositif organisé avec large choix d'AP encadrée avec un coût minime). Ils ont pu exprimer leurs difficultés qui sont de plusieurs natures, liées au facteurs extérieurs, ou au patient lui-même. Le manque de temps en consultation et la valorisation financière parfois jugée comme insuffisante semblent conduire les médecins à choisir une orientation curative avant tout.

Afin que leur action de promotion de l'AP soit efficace les médecins soulignent l'importance de réaliser une prescription personnalisée. En effet, la population sédentaire étant majoritairement perçue comme non motivée voir fuyante, la recherche du plaisir doit guider le médecin. En ce sens, ce dernier doit s'appuyer sur les envies personnelles des patients et rechercher parfois une dynamique sociale.

La prescription peut dans certains cas permettre une prise en charge par un dispositif SSO. Ce dernier permettrait de lever de nombreuses barrières comme le coût, le manque d'infrastructures pour pratiquer ou l'absence d'AP adaptée.

L'absence de formation et de protocole rend les pratiques des médecins généralistes hétérogènes en termes de promotion de l'AP. Si la science permet d'instaurer les connaissances des médecins généralistes et de guider leur pratique clinique, il semblerait que l'expérience influence au moins autant leur pratique.

Cette étude a permis de soulever l'influence importante de l'expérience personnelle et professionnelle des médecins généralistes sur leurs représentations et leurs pratiques cliniques concernant la promotion de l'AP. Ainsi le rapport personnel du médecin à l'AP au travers de sa pratique personnelle, de son affinité pour la thématique ainsi que la réalisation de formation à titre personnel orienteront sa pratique dans le sens de la promotion de l'AP.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- OMS, Organisation mondiale de la santé. Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025.
- 2- ONAPS, Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité. L'activité physique sur prescription en France : état des lieux en 2019.
- 3- Balicco et al. Protocole Esteban une Étude transversale de santé.2017
- 4- Ding Ding, Kenny DLawson, Tracy LKolbe-Alexander, Eric AFinkelstein, Peter TKatzmarzyk, Willemvan Mechelen, MichaelPratt. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. The Lancet. Volume 388, Issue 10051, 24-30. September 2016. Pages 1311-1324.
- 5- ORS, observatoire régional de la santé océan indien. La nutrition santé à la Réunion. 2018.
- 6- ORS, observatoire régional de la santé océan indien. Le diabète et les personnes diabétiques à la Réunion. Chiffres clés.2019.
- 7- OMS, Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.2004.
- 8- OMS, Organisation mondiale de la santé. Stratégie sur l'activité physique pour la région européenne de l'OMS 2016-2025. Septembre 2015.
- 9- Inserm. Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques. Collection Expertise collective. Montrouge : EDP Sciences, 2019.
- 10- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programme national nutrition santé 2011 2015. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. 2011 juill.
- 11- Toussaint JF. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Retrouver sa liberté de mouvement- PNAPS : plan national de prévention par l'activité physique et sportive. 2008
- 12- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
- 13- Ministère des solidarités et de la santé et Ministère des sports. Stratégie nationale sport-santé 2019-2014.2019
- 14- ARS, Agence régionale de santé Océan Indien. Projet de santé Réunion-Mayotte 2018-2027.
- 15- HAS, Haute autorité de santé. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. Juillet 2019
- 16- Commission médicale du comité national olympique et sportif français et la société française de médecine, de l'exercice et du sport. Médicosport-santé. Décembre 2018.
- 17- Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine-evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. Scand J Med Sci Sports 2015;25(S3):1-72.
- 18- Damiano C. Impact du dispositif « Sport sur Ordonnance » - Saint-Paul à la Réunion sur les paramètres biologiques associés au risque cardiovasculaire : étude de cohorte historique chez les participants au dispositif pendant l'année 2014/2015. Thèse de médecine. Université de Bordeaux ; 2017,77.
- 19- Lauvin T.« Evidence-Based Medicine », quelle place dans la décision du médecin ? Université de Toulouse III ; 2 juillet 2013, 64.
- 20- Frank E, Dresner Y, Shani M, Vinker S. The association between physicians' and patients' preventive health practices. CMAJ. 2013;185(8):649-653.
- 21- Meshfedjian GA, Gervais A, Tremblay M, Villeneuve D, O'Loughlin J. Physician smoking status may influence cessation counseling practices. Can J Public Health. 2010;101(4):290-293.

- 22- Lacroix J. Evaluation du bon usage de la prescription de l'activité physique en médecine générale, dans l'ancienne région du Languedoc-Roussillon, chez les patients ayant une hypertension artérielle et description des éventuels facteurs limitants. Thèse de médecine. Université de Montpellier; 2018.
- 23- Lobelo F, Garcia de Quevedo I. The Evidence in Support of Physicians and Health Care Providers as Physical Activity Role Models. *Am J Lifestyle Med.* 2016; 10(1):36-52.
- 24- Pojednic RM, Polak R, Arnstein F, Kennedy MA, Bantham A, Phillips EM. Practice patterns, counseling and promotion of physical activity by sports medicine physicians. *J Sci Med Sport.* 2017 ;20(2) :123-127.
- 25- Abramson S, Stein J, Schaufele M, Frates E, Rogan S. Personal exercise habits and counseling practices of primary care physicians: a national survey. *Clin J Sport Med.* 2000; 10(1):40-8.
- 26- Chapuis E. Barrières à la prescription de l'activité physique chez les coronariens par les médecins généralistes et influence sur les patients. Thèse de médecine. Université de Bourgogne ; 2017,52.
- 27- Société Française de Cardiologie. Recommandations concernant le contenu du bilan cardiovasculaire de la visite de non contre-indication à la pratique du sport en compétition entre 12 et 35 ans. [En ligne]. <https://www.sfcadio.fr/publication/recommandations-concernant-le-contenu-du-bilan-cardiovasculaire-de-la-visite-de-non>. Consulté le 27 Juillet 2020.
- 28- Barthel E. Enquête auprès des médecins généralistes vosgiens au sujet de la prescription d'activité physique. Thèse de médecine. Université de Lorraine ; 2017,108.
- 29- Rolland M. L'observance de la prescription d'activité physique en médecine générale: étude descriptive prospective chez des patients porteurs de facteurs de risque cardiovasculaires. Thèse de médecine. Université de Bordeaux ; 2015,100.
- 30- Anis J. Analyse des freins à la prescription des activités physiques chez les médecins généralistes picards. Thèse de médecine. Université de Picardie ; 2015, 64.
- 31- Lesage C. Facteurs de résistance à la prescription d'activité physique sur ordonnance : enquête auprès des médecins généralistes d'Indre-et-Loire. Thèse de médecine. Université de Tours ; 2016, 86.
- 32- Laval D. Étude des freins des patients diabétiques et/ou obèses à la poursuite d'une activité physique adaptée via une association dédiée. Thèse de médecine. Université de Marseille ; 2019.
- 33- Korkiakangas EE, Alahuhta MA, Laitinen JH. Barriers to regular exercise among adults at high risk or diagnosed with type 2 diabetes: a systematic review. *Health Promot Int.* 2009;24(4):416-427.
- 34- Scoatariu-Thiébaud N. Activité Physique sur ordonnance : à propos d'une enquête auprès de patients, tout venant, consultant leur médecin généraliste en Lorraine : environnement
- 35- Lawton J, Ahmad N, Hanna L, Douglas M, Hallowell N. «I can't do any serious exercise» : barriers to physical activity amongst people of Pakistani and Indian origin with type 2 diabetes. *Health Education Research.*2006;21(1):43-54.
- 36- Donahue KE, Thelma JM, Sloane PD, Callahan LF, Devellis RF. Identifying Supports and Barriers to Physical Activity in Patients at Risk for Diabetes. *Prev Chronic Dis.* 2006; 3(4)A119.
- 37- Morgan F, Battersby A, Weightman AL, Searchfield L, Turley R, Morgan H. et al. Adherence to exercise referral schemes by participants – what do providers and commissioners need to know? A systematic review of barriers and facilitators. *BMC Public Health;*2016,16(1) 227.

- 38- Chambard M. Identification des freins et des leviers à la pratique d'une activité physique adaptée chez les patients obèses et en surpoids. Thèse de médecine. Université Clermont Auvergne. 2019 ;91.
- 39- Rodrigues F, Teixeira D, Neiva HP, Cid L, Monteiro D. Understanding Exercise Adherence: The Predictability of Past Experience and Motivational Determinants. *Brain Sci.* 2020;10(2): 98.
- 40- Tulloch H, Sweet SN, Fortier M, Capstick G, Kenny GP, Sigal RJ, et al. Exercise facilitators and barriers from adoption to maintenance in the diabetes aerobic and resistance exercise trial. *Can J Diabetes.* 2013;37(6):367-74.
- 41- Ferrand C, Perrin C, Nasarre S. Motives for regular physical activity in women and men: a qualitative study in French adults with type 2 diabetes, belonging to a patients' association. *Health Soc Care Community.* 2008;16(5):511-520.
- 42- Alharbi M, Gallagher R, Neubeck L, Bauman A, Prebill G, Kirkness A, et al.
- 43- Grondin E. Motivations et barrières à la pratique d'une activité physique prescrite au sein d'un programme Sport sur Ordonnance chez le patient diabétique de type 2. Thèse de médecine. Université de Bordeaux ; 2018;70.
- 44- Meyer B. Évaluation du dispositif « Sport Sur Ordonnance » de la ville de Saint-Paul : comparaison de données morphologiques liées à la mortalité entre l'inclusion et après trois mois de pratique chez les bénéficiaires de 2014 à 2017. Thèse de médecine. Université de la Réunion ; 2019,61.
- 45- Bajoux Q. Évaluation du dispositif Sport Sur Ordonnance de la ville de Saint-Paul à La Réunion : observation de l'évolution des critères morphologiques associés au risque de mortalité. Thèse de médecine. Université de Bordeaux ; 2017,62.
- 46- Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol.* 2000;55(1):68-78.
- 47- Barwais FA, Cuddihy TF, Tomson LM. Physical activity, sedentary behavior and total wellness changes among sedentary adults: a 4-week randomized controlled trial. *Health Qual Life Outcomes.* 2013;29;11:183.
- 48- Casey D, De Civita M, Dasgupta K. Understanding physical activity facilitators and barriers during and following a supervised exercise programme in Type 2 diabetes: a qualitative study. *Diabet Med* ; 2010;27(1):79-84.
- 49- Lanhers C , Duclos M, Guttmann A, Coudeyre E, Pereira B, Ouchchane L. General Practitioners' Barriers to Prescribe Physical Activity: The Dark Side of the Cluster Effects on the Physical Activity of Their Type 2 Diabetes Patients. *PLoS One*; 2015; 10(10).
- 50- Bugeaud O. Le sport-santé sur ordonnance : exemple de l'initiative Limousin Sport Santé. Thèse de médecine. Université de Limoges ; 2019,138.
- 51- Lecarpentier P. Activité physique pour la santé: état des lieux de la prescription par les médecins généralistes du Pays Basque depuis la loi de modernisation du système de santé. Thèse de médecine. Université de Bordeaux ; 2019,109.
- 52- Lalun-Kotys B. Le médecin généraliste et la prescription d'activité physique: habitus, attentes, perspectives. Thèse de médecine. Université de Reims Champagne-Ardenne; 2018.
- 53- Moussard Philippon L. Le médecin généraliste et le conseil en activité physique : étude qualitative auprès de médecins généralistes franciliens. Thèse de médecine. Université Paris Descartes ; 2013,149.
- 54- Chapuis C, Camuset M. La promotion de l'activité physique par les nouvelles technologies (smartphone, outils connectés, Internet) en médecine générale et en prévention primaire, une revue systématique de la littérature. Thèse de médecine. Université de Grenoble ; 2018, 42.

- 55- Kime N, Pringle A, Zwolinsky S, Vishnubala D. How prepared are healthcare professionals for delivering physical activity guidance to those with diabetes? A formative evaluation. *BMC Health Services Research*; 2020; 20(8).
- 56- Lion A, Vuillemin A, Thornton JS, Theisen D, Stranges S, Ward M. Physical activity promotion in primary care: a utopian quest? *Health Promot Int*; 2019; 34(4):877-886.
- 57- Malet V. Connaissances des médecins généralistes concernant les recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé, les répercussions sur leur propre activité physique et sur celle de leurs patients. Thèse de médecine. Université Paris Descartes ; 2016,100.
- 58- Osborne SA, Adams JM, Fawkner S, Kelly P, Murray AD, Oliver CW. Tomorrow's doctors want more teaching and training on physical activity for health. *British Journal of Sports Medicine*; 2016; 51(8), 624–625.
- 59- Arciniegas Calle MC, Lobelo F, Jiménez MA, Páez DC, Cortés S, De Lima A, Duperly J. One-day workshop-based training improves physical activity prescription knowledge in Latin American physicians: a pre-test post- test study. *BMC Public Health*; 2016;16.
- 60- Rucar B. Sport santé sur ordonnance : Analyse des ressentis et des freins concernant la prescription d'activités physiques adaptées pour les patients en affection de longue durée chez des médecins généralistes ayant réalisé une formation à cette prescription. Thèse de médecine. Université de Lille ; 2018, 149.
- 61- Leenaars KE, Smit E, Wagemakers A, Molleman GR, Koelen MA. Facilitators and barriers in the collaboration between the primary care and the sport sector in order to promote physical activity: a systematic literature review. *Prev Med*; 2015; 81,460-478.
- 62- Hébert ET, Caughy MO, Shuval K. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting : a systematic review. *Br J Sports Med* ; 2012 ; 46(9), 625-631.
- 63- Gérin C, Guillemot P, Bayat M, André AM, Daniel V, Rochcongar P. Enquête auprès des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique. *Science & Sports*;2015;30(2): 66-73.
- 64- Bily F. Prescription d'activité physique chez des patients atteints de facteurs de risque cardiovasculaire: enquête qualitative auprès des médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Thèse de médecine. Université de Nice; 2016,108.
- 65- Faure A. Prescription de l'activité physique chez les adultes en surpoids: analyse des freins en médecine générale. Thèse de médecine. Université Pierre et Marie Curie Paris VI ; 2011, 93.
- 66- Perwez T. Prescription de l'activité physique en médecine générale : point de vue des médecins généralistes en picardie. Thèse de médecine. Université de picardie ; 2018,96.
- 67- Chevallier E, Bultez J. Ressenti des médecins traitants de Rhône-Alpes concernant la prescription d'activité physique adaptée chez leurs patients. Thèse de médecine. Université Grenoble Alpes; 2017, 185.
- 68- Marcacci A. Conseil et prescription de l'activité physique au cabinet médical. Mémoire de DESS en économie et management de la santé. Institut d'économie et de management de la santé Université de Lausanne; 2006, 41.
- 69- Cournet J. La prescription d'activité physique chez les maîtres de stage de médecine générale d'Aquitaine : qu'en est-il dans la réalité? Thèse de médecine. Université de Bordeaux ; 2017,125.
- 70- Wee CC, McCarthy EP, Davis RB, Phillips RS. Physician counseling about exercise. *JAMA*.1999;282(16):1583-8.

- 71- Dubois L. Facteurs limitant la prescription du « sport sur ordonnance » de Caen et pistes d'amélioration : étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes. Thèse de médecine. Université de Caen ; 2019, 120.
- 72- Regad M, Combeaux E. Le sport, une nouvelle thérapie? Ressenti des patients bénéficiant d'un programme d'activité physique adaptée en Isère et en Haute-Savoie. Thèse de médecine. Université de Grenoble ; 2020,93.
- 73- Cotta A. Représentation des médecins généralistes à propos de la prescription d'activité physique en prévention tertiaire du cancer du sein : une étude qualitative dans la région niçoise. Université de Nice; 2015, 100.
- 74- Lobelo F, Duperly H, Frank E. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. *Br J Sports Med*; 2009; 43(2): 89-92.
- 75- Stanford FC, Durkin MW, Stallworth JS, Keller Powell C, Poston MB, Blair SN. Factors that influence physicians' and medical Students' confidence in counseling patients about physical activity. *J Prim Prev*; 2014; 35(3): 193-201.
- 76- Frank E, Breyan J, Elon L. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. *Arch Fam Med*. 2000;9(3):287-290.
- 77- Din NU, Moore GF, Murphy S, Wilkinson C, Williams NH. Health professionals' perspectives on exercise referral and physical activity promotion in primary care: findings from a process evaluation of the National Exercise Referral Scheme in Wales. *Health Educ J*; 2015;74(6):743–757.
- 78- Dumas M.
L'ordonnance : représentations des médecins généralistes. Étude qualitative par entretiens collectifs de 17 médecins généralistes de Rhône-Alpes. Thèse de médecine. Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2017, 90.
- 79- Haute autorité de santé, HAS. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. 2011
- 80- Gimbert V, Chauffaut D. Les médicaments et leurs usages : comment favoriser une consommation adaptée ?
- 81- Jégou A. État des lieux de la connaissance de patients consultant en médecine générale, en matière d'activité physique, de sédentarité et de leurs effets sur la santé. Thèse de médecine. Université de Rennes; 2015.
- 82- Praud JN. Conseils du médecin généraliste sur l'activité physique: attentes des patients. Thèse de médecine. Université de Montpellier ; 2016.
- 83- Moalic-Bellon V. Les déterminants du choix du médecin traitant : étude qualitative auprès de 24 patients du sud de l'île de la Réunion en 2018. Thèse de médecine. Université de Bordeaux ; 2019,98.
- 84- Duclos M, Dejager S, Postel-Vinay N, di Nicola S, Quéré S, Fiquet B. Physical activity in patients with type 2 diabetes and hypertension – insights into motivations and barriers from the MOBILE study. *Vasc Health Risk Manag*; 2015; 11: 361-371.
- 85- Riquier PA. Une intervention brève par le médecin généraliste permet-elle une augmentation de l'activité physique des patients ? Thèse de médecine. Université de Rouen ; 2012, 108.
- 86- Lamming L, Pears S, Mason D, Morton K, Bijker M, Sutton S, et al. What do we know about brief interventions for physical activity that could be delivered in primary care consultations? *Prev Med*; 2017; 99: 152-163.
- 87- Schaffer S. Impact d'un programme ambulatoire d'éducation thérapeutique des patients obèses. Thèse de médecine. Université de Marseille ;2018.
- 88- Duclos M, Coudeyre E, Ouchchane, L. General Practitioners' Barriers to Physical Activity Negatively Influence Type 2 Diabetic Patients' Involvement in Regular Physical Activity. *Diabetes Care*. 2011; 34(7): 122.

ANNEXES :

Annexe 1 : Mail de recrutement

Objet : Thèse DES de médecine générale : recrutement pour entretien

Bonjour, je m'appelle **Marjorie HUET**, actuellement interne en 5^{ème} semestre de médecine générale sur l'île de la réunion.

Thème de la thèse :

Je réalise une thèse sur l'activité physique dans la prise en charge des patients porteurs de facteur de risque cardiovasculaire. Cette thèse est dirigée par le docteur Hector SIMON.

Méthodologie :

Il s'agit d'une thèse qualitative basée sur des entretiens individuels semi-dirigés anonymisés après recueil d'un consentement. J'analyserais les résultats en m'inspirant de la méthode de la théorisation ancrée.

Afin de pouvoir récolter des données de recherche des médecins généralistes volontaires. Accepteriez-vous de réaliser un entretien d'environ 30-45 minutes à ce sujet ?

Vous aurez accès si vous le souhaitez à la retranscription intégrale de l'entretien.

Je vous remercie d'avance de votre réponse et me tiens à votre disposition pour plus de renseignements et afin de convenir ensemble d'un rendez-vous.

HUET Marjorie

Annexe 2 : Guide pour entretien n°1

Afin de pouvoir caractériser la population j'aimerais recueillir certaines caractéristiques :

- Pouvez-vous vous présenter ?

Question brise-glace :

Quels sont les conseils ou thérapeutiques non médicamenteuses auxquels vous avez prioritairement recours dans la prise en charge des patients porteur de FDRCV ?

Thèmes :

La question de l'activité physique :

Que vous évoques le terme : activité physique ?

Quelle est la place de l'AP dans la prise en charge de vos patients ?

Dans quel cas évoquez-vous le sujet de l'AP ?

Quels conseils donnez-vous ?

A quels correspondants faites-vous appel ?

Quels sont les difficultés rencontrées par vos patients lors de la pratique en autonomie d'une AP ?

Quels sont les demandes de vos patients à ce sujet ?

La question de l'activité physique adaptée :

Selon vous que signifie le terme activité physique adaptée ?

Que vous évoque la loi de modernisation du système de santé et le décret sport sur ordonnance ?

Pour vous, qu'est-ce qu'une prescription d'APA ?

Avez-vous déjà participé à un programme SSO ?

Si oui, quels sont les résultats ?

Pour vous dans quelle situation n'est-il pas possible de prescrire une APA ?

Les difficultés :

Quelles sont vos principales difficultés à ce sujet ?

L'activité physique du praticien :

Pratiquez-vous une AP ? Laquelle ? A quelle fréquence ?

Dans quel but ?

Quels sont les bénéfices que vous en tirez ?

Perspectives d'amélioration :

Que pourrait-on faire pour améliorer la pratique d'une AP selon vous ?

Que pensez-vous de la valorisation financière de ce type de consultation ?

Annexe 3 : Guide pour entretien n°12

Afin de pouvoir caractériser la population j'aimerais recueillir certaines caractéristiques :

- Pouvez-vous vous présenter ?

Question brise-glace :

Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation avec un patient porteur de FDRCV ?

Thèmes :

La question de l'activité physique :

Comment évoquez-vous le sujet de l'activité physique ?

Pour quelles raisons l'évoquez-vous ?

Quels conseils donnez-vous en termes d'AP ?

Quels sont les attentes de vos patients en termes d'AP ?

Pouvez-vous me raconter la dernière consultation au cours de laquelle vous avez abordé le sujet de l'AP ?

Quels sont les résultats ? Pour vous, qu'est-ce qu'un bon résultat ?

Quels facteurs ont contribué à modifier votre pratique au cours du temps ?

Les difficultés :

Dans votre expérience, quelles difficultés ont rencontrées vos patients ?

Quelles sont les difficultés rencontrées lors de votre activité de conseils ?

Quelles informations vous manquent à ce sujet ?

La question de l'activité physique adaptée :

Que vous évoque le terme activité physique adaptée ?

Dans quelle situation n'est-elle pas possible selon vous ?

Que connaissez-vous du cadre réglementaire de l'APA ?

Pour vous, qu'est qu'une prescription d'APA ?

Avez-vous déjà orienté un patient vers la pratique d'une APA ?

Que pensez-vous des Maisons Sport-santé ?

Quels sont les points qui vous ont séduit dans ce type de prise en charge ?

L'activité physique du praticien :

Pratiquez-vous une AP ? Laquelle ? A quelle fréquence ?

Dans quel but ?

Quels sont les bénéfices que vous en tirez ?

En quoi pensez-vous que votre rapport personnel à l'AP influence votre pratique clinique ?

Perspectives d'amélioration :

Que pourrait-on faire pour améliorer la pratique de l'AP chez les patients selon vous ?

Comment améliorer l'implication des médecins généralistes pour la promotion de l'AP ?

Que pensez-vous de la valorisation financière de ce type de consultation ?

Annexe 4: Déclaration de conformité CNIL



Référence CNIL :

2216571 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 22 janvier 2020

Madame Marjorie HUET
UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION
1 ALLÉE DES AIGUES-MARINES
97487 SAINT DENIS CEDEX

ORGANISME DÉCLARANT

Nom :	UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION	N° SIREN/SIRET :	
Service :	UFR SANTE	Code NAF ou APE :	8542Z
Adresse :	1 ALLÉE DES AIGUES-MARINES	Tél. :	
CP :	97487	Fax. :	
Ville :	SAINT DENIS CEDEX		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 23 janvier 2020

— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Annexe 5 : Formulaire de consentement



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT :

Thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine, spécialité Médecine Générale.

Thème d'étude : L'activité physique adaptée chez les patients porteurs de facteur de risque cardiovasculaire

Type d'étude : Étude qualitative avec analyse des données s'inspirant de la théorisation ancrée

Direction de la thèse : Dr SIMON Hector, médecin généraliste

Investigateurs : HUET Marjorie, interne en médecine générale

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine générale encadrée par le Département universitaire de médecine générale (DUMG), l'UFR Santé et de l'Université de La Réunion. Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations de réfléchir à votre participation, et pour demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

Dans le cadre de votre participation à l'étude, il vous faut signer un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer.

1- Procédure de l'étude

Vous serez interviewé au cours d'un entretien. Celui-ci vise à **explorer les représentations des médecins généralistes concernant l'activité physique adaptée dans la prise en charge des patients porteurs de facteur de risque cardiovasculaire.**

Celui-ci sera complètement anonyme.

Les données (enregistrements, notes et retranscriptions) seront conservées jusqu'à soutenance de la thèse puis seront détruites par le thésard.

2- Risque potentiel de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, ni de test thérapeutique.

3- Participation volontaire

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

4- Obtenir des informations complémentaires

Vous pouvez faire appel aux investigateurs.

HUET Marjorie : [REDACTED]

A la fin de l'étude, si vous le désirez, nous vous ferons part des résultats obtenus.

5- Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle le DUMG de La Réunion se proposent de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement informatisé, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymisées et leur identification codée. Les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel. Selon la Loi, vous pouvez avoir accès et modifier vos données à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel. Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer ce formulaire de consentement.

Nom Prénom

Mention Lu et approuvé

Signature

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

La promotion de l'activité physique par les médecins généralistes de l'île de La Réunion.

Résumé

Introduction : Conscients de l'accroissement de la sédentarité et de ses conséquences sur la santé de la population, les pouvoirs publics se mobilisent afin de promouvoir l'activité physique. En tant que coordonnateur du parcours de soins, l'implication du médecin généraliste dans cette démarche est déterminante. L'objectif de ce travail est d'identifier les facteurs influençant la promotion de l'activité physique par les médecins généralistes de l'île de la Réunion.

Méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle qualitative avec recueil des données sous formes de 12 entretiens individuels semi-dirigés. L'analyse des données s'inspirait de la théorisation ancrée.

Résultats : 12 médecins généralistes ont été interrogés durant la période de janvier à mai 2020. Les médecins se désignaient eux-mêmes comme les interlocuteurs privilégiés. Ils ont appris de la science les bienfaits de l'activité physique mais leur expérience personnelle influençait également leur pratique clinique. De nombreux facteurs pouvaient entraver leur pratique comme l'absence de formation, l'absence de rentabilité financière, le patient jugé comme non motivé, le coût perçu comme trop élevé ou encore l'absence d'infrastructure. Certains médecins pouvaient au contraire s'appuyer sur des dispositifs « Sport sur Ordonnance » et accroître la pratique de l'activité physique en levant certaines barrières. La pratique d'une activité physique par le médecin et son affinité pour la thématique lui conférait une certaine légitimité à la promouvoir et lui permettait d'orienter sa pratique clinique en ce sens.

Conclusion : Cette étude a permis de soulever l'influence de l'expérience professionnelle et personnelle des médecins généralistes sur leurs représentations et donc sur leurs pratiques cliniques au sujet de la promotion de l'activité physique. Ainsi le rapport personnel du médecin à l'AP au travers de sa pratique personnelle, de son affinité pour la thématique ainsi que la réalisation de formation à titre personnel orienteront sa pratique dans le sens de la promotion de l'AP.

Discipline

Médecine générale

Mots-clés

Activité physique, prescription, sédentarité, médecin généraliste, expérience.

Physical activity promotion by general practitioners in Réunion Island.

Abstract

Introduction: Aware of the increase of sedentary lifestyle and population health impact, the government acts for physical activity promotion. As the coordinator of care pathway, the general practitioner's engagement is determinant. The aim of this study is to identify factors that influence the physical activity promotion by general practitioners in Reunion Island.

Method: This is a qualitative study. The data were collecting by 12 semi-structured individual interviews. The data analysis was based on the principle of the grounded theory method.

Results: 12 general practitioners were interviewed between January and May 2020. The general practitioners see themselves as preferred interlocutor. The science is source of knowledge about physical activities benefit but their experience influences their clinical practice too. There is a lot of obstacles like lack of formation, low profitability, unmotivated patient, the high cost or the lack of sporting equipment. Some general practitioners can use « Sport on Prescription » team to increase exercise promotion and remove some barriers. General practitioners who exercise are more likely to feel confident about promoting physical activity. Their interest in sports help them to counselling their patient about physical activity.

Conclusion: This study highlights the influence of personal and professional experience in general practitioner's representation and practice about physical activity. General practitioners experience (if they exercise, they study about AP) will lead them to promote AP.

Discipline

General medicine

Keywords

Physical activity, prescription, sedentary, general practitioner, experience.