



HAL
open science

Motivations et freins à la reprise d'une activité physique chez les patients obèses, dans le cadre du programme sport-santé marche nordique Alençon

Audrey Patry-Poussin

► **To cite this version:**

Audrey Patry-Poussin. Motivations et freins à la reprise d'une activité physique chez les patients obèses, dans le cadre du programme sport-santé marche nordique Alençon. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03329163

HAL Id: dumas-03329163

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03329163v1>

Submitted on 30 Aug 2021

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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 7 avril 2021

par

Me Audrey Patry-Poussin née Patry

Née le 12/06/1992 à Alençon (Orne)

TITRE DE LA THÈSE :

**Motivations et freins à la reprise d'une activité physique chez les patients
obèses, dans le cadre du programme sport-santé marche nordique
Alençon**

Présidente : Madame le Professeur PIQUET Marie-Astrid

Membres : Monsieur le Docteur SALMON Rémi

Madame le Docteur BEDIER Christiane, Directrice de thèse

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie

M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri- opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico- faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie

Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HURALT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	SESBOÜÉ Bruno	Physiologie

M. TOUTIRAIS Olivier

Immunologie

M. VEYSSIERE Alexis

Chirurgie maxillo-faciale et

stomatologie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUMBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme ABBATE-LERAY Pascale

Médecine générale

M. BANSARD Mathieu

Médecine générale

M. COUETTE Pierre-André

Médecine générale

Mme NOEL DE JAEGHER Sophie

Médecine générale

M. PITHON Anni

Médecine générale

M. SAINMONT Nicolas

Médecine générale

Mme SCHONBRODT Laure

Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme DEBRUYNE Danièle

Pharmacologie fondamentale

Mme DERLON-BOREL Annie

Hématologie

Mme LEPORRIER Nathalie

Génétique

Remerciements

A madame le Professeur Marie-Astrid Piquet, je vous remercie de me faire l'honneur de présider cette thèse. J'ai beaucoup apprécié vos cours et votre pédagogie pendant ma formation initiale, vous ne pouvez imaginer ma fierté de vous avoir comme présidente de mon jury, mes sincères remerciements.

A monsieur le Docteur Rémi Salmon, merci d'avoir accepté de te lancer dans ce projet marche nordique (parmi tant d'autres !) j'espère que nous réussirons à le mener à bien ! Merci pour tes conseils et ton accompagnement, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A madame le Docteur Christiane Bédier, merci, merci, merci ! pour tes précieux conseils, tes critiques constructives, tes relectures, tes réponses à mes messages même à l'autre bout du monde ! Merci pour ton accompagnement et ton soutien tout au long de cette thèse.

Au Docteur Anne-Laure Huet, merci pour cette discussion constructive qui a été le point de départ de ce projet.

Aux 10 participants, merci d'avoir accepté de vous soumettre à mes entretiens, sans vous ce travail n'aurait pu être mené à bien.

A Alexandra Pelleray, Mme Babin, aux éducateurs sportifs de la FSGT et de l'A3 pour votre implication dans le projet sport-santé marche nordique Alençon, qui, je l'espère, pourra voir le jour prochainement.

Au Dr Phuc Nguyen, merci de m'avoir donné le goût de la médecine générale lors de mes 3 stages passés à tes côtés, quelles superbes expériences ! Merci de m'avoir transmis ta passion pour cette belle spécialité, je suis heureuse d'être ta future associée.

A tous les chefs que j'ai croisés pendant mes études, merci de m'avoir aidée à devenir ce que je suis aujourd'hui.

A Aurore, Marie, Aurélien, PS, Dr Djebbar, Jean-Philippe, Nastasia, l'équipe de pédiatrie d'Alençon pour votre accompagnement et votre bienveillance lors de mon internat, j'ai eu beaucoup de chance de croiser votre chemin.

A mes MSU SASPAS, Anne-Céline, Caroline et Nadine, un grand merci pour votre confiance et vos précieux conseils. Ces six mois auront été une très belle expérience. Grâce à vous, je plonge dans le grand bain avec plus de sérénité.

A Sophie et Solène, mes copines de fac, on en aura traversé des épreuves ensemble depuis la PACES ! malgré nos doutes et nos peurs, je vous l'avais dit : on a réussi !! on fait le plus beau des métiers, je suis fière de vous.

A Mathilde et Cédric, merci pour tout et plus encore ! vous avez été ma bouffée d'oxygène pendant ces 10 dernières années, nos soirées du dimanche soir, nos voyages me manquent ! en espérant pouvoir reprendre nos bonnes habitudes très vite ! ça y est vous allez pouvoir m'appeler doc' 😊

A Hélène et Reunan, merci pour votre amitié, Hélène merci pour ton rire communicatif ! Quand j'ai un coup de blues je pense à toi ! Merci pour ton temps et ton English 😊 A très vite pour des aventures alençonnaises, rouennaises ou n'importe où sur le globe !

A ma famille,

A mes parents, mille et un mercis, merci pour les valeurs que vous m'avez transmises, merci de m'avoir permis d'étudier dans des conditions idéales à St Aubin, merci d'avoir toujours été présents, je vous aime !

A Claire et Philippe, merci pour tout, Arthur a beaucoup de chance d'avoir de tels grands-parents.

A Pierre, merci de me supporter, de me reconforter, de me remotiver (et bien plus encore mais je m'arrête à 3 !) depuis 11 ans, tu as cru en moi bien avant que je ne le fasse moi-même, merci de m'avoir offert le plus beau des cadeaux. Je t'aime !

A Arthur, ton sourire et ta bonne humeur nous font oublier tout le reste !

A tous ceux dont j'ai croisé la route et que j'ai oubliés de citer, « Tout ce que je rencontre devient partie de moi. A vous tous, que vous le sachiez ou non, qui êtes venus flâner dans le tissu de ma vie et qui en êtes ensuite ressortis : vous m'avez laissé une part temporaire dont je ferai quelque chose. » S. Plath.

Abréviations

ALD : Affection de Longue Durée

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

AP : Activité Physique

APA : Activité Physique Adaptée

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

ATP : Adénosine TriPhosphate

CDOS : Comité Départemental Olympique et Sportif

CNOSF : Comité National Olympique et Sportif Français

COVID-19 : Coronavirus Disease 2019

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière Diplômée d'état

IMC : Indice de Masse Corporelle

Kcal : Kilocalorie

MENAPT : réseau Normand des MEdecins correspondants en Activité Physique
Thérapeutique

MET : Metabolic Equivalent Task

MN : Marche Nordique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONAPS : Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité

PNNS : Plan National Nutrition Santé

SFMES : Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport

SNS : Stratégie Nationale de Santé

SNSS : Stratégie Nationale Sport Santé

INDEX Tableaux et figures

Tableau 1 : Description des participants interviewés

Annexe 1 : Guide d'entretien

Sommaire

I. Introduction	1
A. Contexte.....	1
B. Définitions	2
C. Epidémiologie.....	3
D. Bénéfices de l'activité physique.....	3
E. Recommandations	4
F. Politiques de santé publique pour la promotion de l'activité physique.....	5
G. Prescription d'activité physique en France	6
1. Cadre légal	6
2. Outils d'aide à la prescription	6
3. Exemples.....	7
H. Marche nordique	8
I. Présentation du projet sport santé marche nordique Alençon	8
J. Justification de l'étude	9
II. Matériel et Méthode.....	10
A. Méthode	10
B. Population cible.....	10
C. Guide d'entretien (annexe 1).....	11
D. Entretiens.....	13
E. Etude des données	13
III. Résultats	14
A. Caractéristiques de l'échantillon	14
B. Etat de santé actuel.....	15
1. Etat de santé ressenti	15
2. Thymie.....	15
3. Impact du surpoids dans la vie quotidienne	16
C. Relation à l'activité physique	17
1. Volonté de se remettre au sport.....	17
2. Contrainte ou loisir ?	17
3. Le plaisir avant tout.....	18
4. Pratique antérieure	18
5. Pratique actuelle	18
6. Connaissance de la marche nordique.....	19
D. Motivations à la reprise d'une activité physique.....	20
1. Santé physique	20
2. Santé psychologique.....	22
3. Aspect collectif et social	24
4. Programme en lui-même	26
5. Pour l'avenir.....	28
6. Influence du professionnel de santé.....	31
E. Freins à la reprise d'une activité physique	32
1. Crainte de la douleur.....	32
2. Manque de temps	33
3. Manque de confiance en soi	34
4. Type d'activité.....	36
F. Crise sanitaire liée à la COVID-19	38
1. Déçus par le report du programme	38
2. Arrêt de toute activité physique.....	38
3. Début d'une activité physique pendant le confinement.....	39
IV. Discussion	40
A. Forces de notre étude	40
B. Limites de notre étude.....	41

C.	Analyse et comparaison aux données de la littérature.....	41
1.	Etat de santé actuel	41
2.	Relation à l'activité physique.....	42
3.	Motivations à la reprise d'une AP.....	43
4.	Freins à la reprise d'une AP.....	48
5.	Crise de la COVID-19	50
V.	Conclusion	52
	Bibliographie	53
	Annexes	58

I. Introduction

« Toutes les parties du corps qui remplissent une fonction sont saines, bien développées et vieillissent plus lentement si elles sont sollicitées avec mesure et exercées à des travaux dont on a l'habitude. Mais si elles ne sont pas utilisées et sont indolentes, elles tendent à devenir malades, se développent mal et vieillissent prématurément. »

HIPPOCRATE, ENV. 400 ANS AV. J.-C

A. Contexte

L'être humain est un être de mouvement. De tous temps, il devait, pour vivre, se déplacer : que ce soit il y a des millénaires pour des activités de chasse et de cueillette ou plus récemment d'agriculture et d'artisanat. Les révolutions industrielles ont accompagné ces changements de mode de vie. Avec l'apparition de la voiture puis de la télévision et de l'ordinateur, l'être humain s'est sédentarisé, parfois au détriment de sa santé, il devient malade de sa modernité.

En 2000, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré l'obésité première épidémie mondiale non infectieuse (1).

Un sujet obèse a un risque de morbi-mortalité cardio-vasculaire trois fois supérieur à un sujet de poids normal, et un risque de mortalité toutes causes confondues deux fois supérieur (2).

L'activité physique (AP) est reconnue scientifiquement pour ses bénéfices physiques et psychologiques. De nombreuses études de fort niveau de preuves ont été publiées au niveau international et national (3,4).

La promotion de l'activité physique constitue un enjeu majeur de santé publique. Plusieurs plans de prévention ont été mis en place dans le monde, en Europe et en France.

Le médecin généraliste a un rôle essentiel dans la promotion d'une activité physique par ses compétences de premier recours, de prévention, de coordination des soins et d'approche globale du patient (5). Depuis le décret du 30 décembre 2016 (6), « le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et aux risques médicaux du patient ».

B. Définitions

La Santé est définie par l'OMS comme un « état de complet bien-être physique, mental et social» (7).

L'OMS décrit l'activité physique comme étant « tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique » (8). Le type d'activité physique, la durée, la fréquence et l'intensité constituent les principales caractéristiques observables pour quantifier le niveau de pratique habituel. Nous pouvons classer les activités physiques en cinq grandes catégories selon leur intensité estimée en Metabolic Equivalent Task (MET) ou Equivalent métabolique, l'unité indexant la dépense énergétique lors de la tâche considérée sur la dépense énergétique de repos (9):

- activités sédentaires < 1,6 MET
- 1,6 MET ≤ activités de faible intensité < 3 METs
- 3 METs ≤ activités d'intensité modérée < 6 METs
- 6 METs ≤ activités d'intensité élevée < 9 METs
- activités d'intensité très élevée ≥ 9 METs

L'inactivité physique se caractérise par un niveau insuffisant d'activité physique ne permettant pas d'atteindre le seuil d'activité physique recommandé (10).

La sédentarité est définie par une situation d'éveil caractérisée par une faible dépense énergétique en position assise ou allongée (<1.6 MET). Elle est à distinguer de l'inactivité physique, et a ses effets propres sur la santé. Pour estimer la sédentarité, l'indicateur le plus utilisé dans les études est le temps passé assis devant un écran (télévision, jeux vidéo, ordinateur), même s'il ne représente qu'une part du temps réel de sédentarité (11).

L'obésité est selon l'OMS « une accumulation anormale ou excessive de graisse qui peut nuire à la santé », elle correspond à un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 (12).

C. Epidémiologie

Le manque d'AP est considéré par l'OMS comme le 4^{ème} facteur de risque de décès dans le monde (6% des décès soit 2 millions de décès par an), juste après l'hypertension artérielle (13%), le tabagisme (9%) et un taux élevé de glucose dans le sang (6%) (13). En Europe, elle est la cause de 10% des décès (14).

En France, selon le baromètre national des pratiques sportives 2018 (15), 34% des Français n'ont eu aucune activité sportive au cours des 12 derniers mois. En élargissant le champ de l'étude et en y intégrant les activités physiques et sportives à des fins utilitaires (comme les déplacements quotidiens à pied, à vélo ou encore à trottinette), la proportion de non-pratiquants est de 25 %. Parmi la première catégorie, une personne sur cinq souhaite démarrer une activité physique.

D'après l'étude Esteban (16), moins de la moitié des Français âgés de 15 à 75 ans (42,5 %) atteignent un niveau d'activité physique favorable à la santé.

Le comportement sédentaire concerne plus de 80% des adultes de 19 à 79 ans. Entre 2007 et 2014, le temps quotidien passé devant un écran, hors temps de travail, a augmenté de 1h20, passant ainsi de 3h20 à 4h40 (17).

On estime que la sédentarité constitue la cause principale d'environ 21 à 25 % des cancers du sein et du côlon, 27 % de celle du diabète et environ 30 % de celle des maladies cardiaques ischémiques (18).

Le ministère des Sports a chiffré le coût de la sédentarité à 17 milliards d'euros par an pour la France, dont 14 milliards pour les dépenses de santé (19).

Près de la moitié des Français sont en surpoids ou obèses. 17% de la population adulte, soit 8 millions de français, sont obèses. 500 000 d'entre eux souffrent même d'obésité morbide (IMC >40) (20).

D. Bénéfices de l'activité physique

Selon l'expertise de l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) 2016 (21) « une activité physique régulière et le suivi des recommandations sont associés à une diminution de la mortalité précoce comprise entre 29 et 41 % selon les études ».

L'activité physique et sportive régulière est un déterminant majeur de l'état de santé des individus et des populations à tous les âges de la vie.

La pratique régulière d'une activité physique et sportive, même d'intensité modérée (21) :

- Diminue la mortalité et augmente la qualité de vie.
- Est un facteur majeur de prévention des principales pathologies chroniques (cancer, maladies cardiovasculaires, diabète...).
- Est un élément central du traitement des principales pathologies chroniques (cardiopathies ischémiques, bronchopathies chroniques obstructives, obésité et diabète de type 2, maladies neurologiques, rhumatismales et dégénératives...).
- Permet d'assurer une croissance harmonieuse chez l'enfant et l'adolescent.
- Aide à prévenir l'ostéoporose notamment chez la femme et à maintenir l'autonomie des personnes âgées.
- Aide au contrôle du poids corporel chez l'adulte et l'enfant.
- Est associée à une amélioration de la santé mentale.
- Permet une amélioration de la qualité et de la quantité de sommeil, ainsi qu'une amélioration de l'éveil diurne.

E. Recommandations

Au niveau mondial, l'OMS recommande (18), pour les adultes de 18 à 64 ans, de pratiquer au moins 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou 75 minutes d'activité d'intensité soutenue par semaine. L'activité d'endurance doit être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes. Elle préconise d'associer à ces activités d'endurance des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires au moins deux jours par semaine.

Tout comme l'OMS, la France, dans son 4^{ème} Plan National Nutrition Santé (PNNS) (17), recommande au moins 30 minutes d'activité physique d'endurance d'intensité modérée à élevée au moins 5 fois par semaine, en évitant de rester 2 jours consécutifs sans pratiquer. Il est aussi recommandé de pratiquer des activités de renforcement musculaire. Elles peuvent être réalisées au cours de la vie quotidienne (montée/descente d'escaliers...) ou lors de séances spécifiques.

Concernant la sédentarité, pour les adultes, il est recommandé de réduire le temps total quotidien passé en position assise et d'interrompre les périodes prolongées passées en position assise ou allongée, au moins toutes les 90 à 120 minutes, par une activité physique de type marche de quelques minutes.

F. Politiques de santé publique pour la promotion de l'activité physique

L'OMS a lancé le plan d'action mondial pour l'activité physique et la santé 2018-2030 (22) dont la devise est « des personnes plus actives pour un monde plus sain ». Il montre comment les pays pourraient, d'ici à 2030, réduire l'inactivité physique de 15% chez l'adulte et chez l'adolescent.

En France, l'activité physique et sportive est reconnue comme thérapeutique non médicamenteuse par la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2011 (23). Plusieurs plans nationaux ont pour objectif de promouvoir l'activité physique, nous pouvons citer notamment : les différents PNNS, les plans Cancer, le plan obésité 2010-2013, la stratégie nationale sport santé 2019-2024.

L'axe 2 du plan obésité 2010-2013 (24) était « mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique. Développer l'activité physique et sportive et limiter la sédentarité ».

L'objectif du PNNS 4 2019-2023 (17) est d' « augmenter l'activité physique et réduire la sédentarité, améliorer les consommations alimentaires et les apports nutritionnels en tenant compte des enjeux de développement durable, car nos habitudes d'alimentation ont un rôle dans la lutte contre le changement climatique ». Ce plan a ainsi pour objectifs, notamment, de diminuer de 20 % la fréquence de surpoids et d'obésité chez les enfants et adolescents, de stabiliser le surpoids des adultes et de réduire l'obésité de ces derniers de 15 %.

La Stratégie Nationale Sport Santé (SNSS) 2019-2024 (25) vise à améliorer l'état de santé de la population en favorisant l'activité physique et sportive de chacun, au quotidien, avec ou sans pathologie, à tous les moments de la vie.

Suite aux travaux de recherche et à de nombreuses expérimentations, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a introduit la possibilité, pour le médecin traitant, de prescrire une activité physique adaptée aux patients atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD) dans le cadre du parcours de soins.

G. Prescription d'activité physique en France

1. Cadre légal

Les conditions de dispensation d'une Activité Physique Adaptée (APA) sont fixées par le Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 (6) : « La dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences. ».

2. Outils d'aide à la prescription

Le médecin généraliste a un rôle majeur dans la prescription d'APA, c'est lui qui oriente le patient vers une activité adaptée à sa pathologie et à ses objectifs. Pour cela, quelques outils sont mis à sa disposition :

- Le Medicosport-santé (26) est un dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives. Validé par la commission médicale du Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF) en coopération étroite avec la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport (SFMES), il recense les caractéristiques physiques, physiologiques et mentales de chaque discipline ainsi que les conditions de pratique dans le cadre du sport-santé.
- Le Guide de l'HAS (27) « promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes » développe les connaissances de base sur l'AP et ses effets sur la santé, des outils d'évaluation du risque cardiovasculaire, de la condition physique et de la motivation des patients. On y trouve également l'évaluation médicale à effectuer avant la prescription d'une AP.
- En Normandie, le site Sport Santé Normandie (28) permet de trouver une structure proposant une APA selon le département, le type d'activité et la pathologie, il propose également de la documentation sur l'APA.

3. Exemples

En 2019, on recensait près de 100 expériences sport-santé menées sur le territoire (29).

a. Dispositif strasbourgeois (30)

Strasbourg a été la ville pionnière. A ce jour, 300 médecins ont signé la charte d'engagement « sport-santé sur ordonnance » qui leur permet de prescrire une AP dans ce cadre. Fin 2016, 1445 patients avaient pu en bénéficier (31).

Le public ciblé par le dispositif sont les personnes adultes sédentaires vivant sur le territoire strasbourgeois, atteintes d'une des maladies chroniques suivantes : obésité (IMC>30), diabète de type 2, maladies cardiovasculaires stabilisées, cancers du sein et du colon en rémission depuis 6 mois, VIH/SIDA, ainsi que les personnes âgées fragilisées dans le cadre de la prévention des chutes. Les personnes entrant dans le programme peuvent en bénéficier pendant 3 ans. La première année est gratuite, puis une participation financière est demandée, selon un barème social.

L'évaluation à 6 mois (32) a permis d'obtenir des résultats significatifs : amélioration du score d'activité physique de Ricci et Gagnon, du score de qualité de vie SF36, augmentation de la distance parcourue au test de marche de six minutes ainsi qu'une perte de poids de 2 kg mesurée de manière significative. À un an, même si les résultats sont moins souvent statistiquement significatifs, on constate un maintien de l'amélioration des critères d'évaluation, y compris du poids.

b. Blagnac (33)

La ville de Blagnac (25 500 habitants) a mis en place un projet « Sport sur ordonnance » depuis 2011. Il s'adresse aux personnes souffrant de maladies chroniques. Les bénéficiaires ont accès à deux séances d'APA par semaine pendant 1 an, gratuitement. A l'issue des 4 premières années de fonctionnement, 137 personnes ont intégré le dispositif, 90% d'entre elles l'ont suivi dans sa totalité et 77% poursuivent une activité à la suite du programme.

Nous retrouvons dans les évaluations des différents dispositifs de sport-santé un taux élevé de personnes qui poursuivent une AP à la fin du programme.

H. Marche nordique

La marche nordique (MN) se développe en France depuis le début des années 2000. C'est une AP beaucoup plus active que la marche, en majorant le mouvement de balancier des bras et en propulsant le corps vers l'avant avec les deux bâtons, elle permet de gagner en vitesse et en amplitude. La musculature du corps entier travaille, avec l'association d'une biomécanique de marche simple aux membres inférieurs, et de mouvements proches du ski de fond au tronc et aux membres supérieurs. C'est donc un effort harmonieux (34).

Par rapport à la randonnée, la MN implique une meilleure posture et augmente la dépense énergétique et la vitesse. Elle entraîne moins de contraintes ostéo-articulaires que la course à pied, pour un rendement cardiaque proche, c'est l'équivalent d'une course à pied à faible intensité.

Le travail de G. Henot (35), montre une amélioration significative de la santé mentale et sociale, et de la santé physique après six mois de pratique de la MN. Elle permet également une amélioration de la souplesse des chaînes postérieures, une augmentation de la distance au test de marche 6 minutes, une amélioration de l'équilibre et de la force musculaire des membres inférieurs.

I. Présentation du projet sport santé marche nordique Alençon

Il n'y a actuellement pas de programme de sport-santé pour les personnes obèses sur Alençon. Au vu des éléments précédents, l'idée de mettre en place, sur Alençon, un programme de Sport-santé Marche Nordique a émergé. Ce programme sera destiné dans un premier temps aux patients du cabinet médical Startech Médecine.

Le projet consiste à mettre en relation les différents acteurs intervenant pour baliser un parcours qui permettra de faciliter la pratique de la marche nordique adaptée à des patients inactifs et en surpoids.

La participation au programme, d'une durée de 6 mois, sera gratuite pour le patient.

Le parcours du patient sera le suivant :

- Le médecin propose au patient ciblé de consulter l'infirmière Action de Santé Libérale En Equipe (ASALEE).
- L'infirmière ASALEE reçoit les patients pour leur expliquer le projet et répondre à leurs questions, elle les adresse ensuite à l'enseignant en APA du Comité Départemental Olympique et Sportif (CDOS).

- L'enseignant en APA du CDOS évalue individuellement les capacités physiques des personnes et détermine leur groupe de niveau de pratique.
- Les deux associations de marche nordique accueillent les patients gratuitement pour eux pendant 6 mois.
- La diététicienne reçoit en entretien individuel 3 fois chaque patient tout au long du programme.
- Par la suite, l'éducateur sportif pourra proposer une sensibilisation à d'autres sports adaptés à ces patients.

L'objectif est de montrer qu'un parcours coordonné et sécurisé du médecin jusqu'au club sportif facilite le début ou la reprise de la pratique d'une activité physique régulière.

J. Justification de l'étude

Les bénéfices de l'activité physique sont indéniables, le manque d'activité physique dans la population générale l'est aussi. Il l'est plus encore chez les sujets obèses puisque 50% d'entre eux ne pratiquent aucune activité physique.

Sur Alençon, il existe des clubs sportifs proposant des activités adaptées, mais les patients obèses ont bien souvent du mal à franchir le pas. Il semblait donc nécessaire de leur proposer un parcours coordonné dans le cadre du programme sport-santé marche nordique Alençon.

Une large majorité de patients qui adhèrent à un programme sport-santé poursuivent une AP à la fin du programme. L'objectif principal de cette étude était d'identifier les motivations et les freins au démarrage ou à la reprise d'une activité physique chez les patients obèses, dans le cadre du programme sport-santé marche nordique Alençon. Cette étude devrait permettre d'élaborer un programme tenant compte des attentes des patients afin d'obtenir un maximum d'adhésion au programme et, dans un second temps, de s'assurer de la poursuite d'une AP après les 6 mois.

II. Matériel et Méthode

A. Méthode

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par entretiens individuels semi-directifs. La méthode qualitative a été choisie pour cette étude car elle était la plus adaptée dans cette démarche compréhensive. L'objectif de ce travail était de mettre en évidence les motivations et les freins au démarrage ou à la reprise d'une activité physique chez les patients obèses et inactifs afin d'obtenir un maximum d'adhésion lors du lancement du programme sport-santé marche nordique Alençon. Aucun travail n'ayant été réalisé sur ce programme auparavant, la méthode qualitative a permis d'effectuer un premier état des lieux.

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés dans le but d'aborder chez tous les participants un socle commun de thèmes définis préalablement et pertinents pour cette recherche, et de faire émerger un maximum de nouvelles idées.

La méthode d'entretiens individuels a été choisie, elle est plus chronophage mais permet d'aborder des sujets plus délicats (36), afin de favoriser la libre expression chez ces participants obèses.

B. Population cible

Le recrutement a été effectué parmi les patients ayant accepté de participer au projet sport-santé marche nordique Alençon présenté par leur médecin traitant ou par l'infirmière ASALEE.

Ils devaient être adultes (>18 ans), obèses (IMC > 30) et inactifs (niveau faible d'activité physique).

La variation maximale a été recherchée sur l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle et la profession. Cela a permis d'obtenir le maximum de représentations d'opinions.

C. Guide d'entretien (annexe 1)

Le guide d'entretien a été établi afin de servir de support aux entretiens. Il a été élaboré d'après les données de la littérature et a évolué au fur et à mesure des entretiens.

Il comportait une introduction qui présentait l'investigatrice et son travail, puis demandait l'accord du participant pour l'enregistrement.

Puis, les questions d'anonymisation recueillaient :

- L'âge
- Le sexe
- La taille
- Le poids
- Les pathologies existantes
- La ville de résidence
- La situation professionnelle

Les entretiens devaient se dérouler en 10 thèmes :

1. La santé vue par le patient
2. La santé vue par son médecin
3. L'activité physique en général
4. L'activité physique dans la vie du patient
5. Les attentes par rapport à l'activité physique
6. Les craintes par rapport à l'activité physique
7. La connaissance de la marche nordique
8. Les motivations par rapport au projet
9. Les motivations cachées
10. Les motivations à poursuivre une activité physique

Le premier avait pour but d'évaluer l'état de santé ressenti par le patient.

Le second consistait à interroger les participants sur ce que pensait leur médecin de leur état de santé et ainsi voir si le médecin traitant était un facteur de motivation au démarrage ou à la reprise d'une activité physique.

Le troisième s'intéressait à l'intérêt que portait le participant à l'activité physique, la voyait-il plutôt comme une contrainte ou comme un loisir ?

Le quatrième interrogeait les participants sur l'activité physique dans leur vie antérieure et actuelle. Il semblait important de savoir s'ils avaient déjà pratiqué une activité physique ou s'ils aimeraient en pratiquer une et pourquoi.

Le cinquième ciblait les attentes du patient par rapport à l'activité physique ; ce qu'il souhaitait qu'une activité physique lui apporte. Ce thème permettait d'aborder une partie des motivations du patient.

Le sixième, quant à lui, abordait les craintes des participants par rapport à l'activité physique, cela permettait de mettre en évidence certains freins, et par quel moyen les surmonter.

Le septième permettait de savoir si le patient connaissait la marche nordique et ce qu'il pensait de cette activité. L'hypothèse a été émise que le choix du type d'activité était important pour l'adhésion au programme.

Le huitième avait pour objectif de déterminer les motivations du patient par rapport au projet. Il était interrogé sur ce qui l'avait amené à accepter de participer au projet, était-ce pour lui ou pour satisfaire son médecin ?

Le neuvième avait pour but de mettre en évidence les motivations cachées en interrogeant le patient sur un éventuel début ou reprise d'une activité physique malgré le report du programme sport-santé marche nordique Alençon.

Enfin, le dixième s'intéressait aux motivations à poursuivre une activité physique à la fin des 6 mois de programme.

Ces différents thèmes avaient pour but de faire émerger les motivations et les freins au démarrage ou à la reprise d'une activité physique chez des patients obèses.

D. Entretiens

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données qui a été atteinte après 8 entretiens : plus aucune nouvelle donnée n'a émergé. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de valider la saturation des données.

En raison de la situation sanitaire liée à la Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), les entretiens ont été réalisés en visioconférence. Ce moyen était le plus sécurisé pour des patients à risque de développer une forme grave. De plus, la visioconférence permettait d'avoir un accès plus facile à la communication non verbale, en s'affranchissant du port du masque.

4 entretiens ont été réalisés par simple conversation téléphonique du fait de contraintes techniques.

L'ensemble des entretiens a été enregistré après recueil du consentement des personnes interviewées.

Afin d'assurer une meilleure reproductibilité, les entretiens ont été réalisés par une seule investigatrice.

Tous les entretiens ont été retranscrits de manière fidèle en intégralité et en respectant le langage oral.

E. Etude des données

Après retranscription des entretiens dans le logiciel Word, un encodage des verbatim en trois temps a été réalisé grâce au logiciel ATLAS.ti.

Tout d'abord un encodage ouvert a consisté à étiqueter des fragments de texte afin de définir plusieurs thèmes principaux.

Ensuite, l'encodage axial a permis de comparer les codes ouverts entre eux pour les regrouper dans des codes généraux.

Enfin, un encodage sélectif a été réalisé afin de classer les codes généraux et d'établir une conclusion logique et pertinente.

La double lecture a été effectuée par la directrice de thèse afin de s'affranchir d'une limite d'interprétation et d'assurer une triangulation des données.

III. Résultats

A. Caractéristiques de l'échantillon

24 patients ont été recrutés pour participer à la première session du programme sport-santé marche nordique Alençon. Parmi eux, 6 ont été exclus de l'étude car leur IMC était inférieur à 30, 2 n'étaient plus intéressés par le programme, 4 ont refusé de participer à l'entretien et 2 étaient perdus de vu. Ainsi 10 entretiens ont été réalisés.

N°	Sexe	Age	IMC	Principales pathologies	Durée d'entretien
1	H	60	47.5	Diabète de type 2, HTA, hypercholestérolémie, cardiopathie ischémique stentée	55'28
2	F	48	33.8	Syndrome dépressif, douleurs chroniques	22'56
3	F	29	30.1	Ostéochondrite avec douleurs séquellaires	24'48
4	F	67	41	HTA, hypercholestérolémie	25'03
5	F	53	48	SAOS	28'28
6	H	63	31.8	HTA, hypercholestérolémie	34'55
7	F	66	35.9	HTA, diabète de type 2	14'06
8	F	42	32	0	26'40
9	H	56	31	Diabète de type 2, HTA, AOMI	17'11
10	F	66	38	HTA	10'37

Tableau 1 : Description des participants interviewés

Parmi les 10 personnes interviewées, 3 étaient des hommes, 7 des femmes. Leur âge moyen était de 55 ans et l'IMC moyen était de 37.

8 participants avaient au moins un facteur de risque cardio-vasculaire associé à leur obésité.

La durée moyenne des entretiens était de 26 minutes.

B. Etat de santé actuel

1. Etat de santé ressenti

Une minorité se trouvait en mauvais état de santé.

E2

« Il est très mauvais, par rapport à mon âge (48 ans) j'ai l'impression d'avoir 70 ans. »

Les autres participants se trouvaient en relative bonne santé.

E7

« Moi je me plains pas.... Vous savez j'ai pas grand-chose à vrai dire, je me sens bien, [...] C'est sûr qu'il y a le poids c'est un problème mais je l'ai toujours eu de toute manière, mais autrement je me sens bien. »

E1

« Je touche du bois pour l'instant, à part les épaules... non ça va, ça va je suis en forme. »

2. Thymie

Nous avons observé une thymie basse chez quelques participants.

E2

« D'être toujours fatiguée, d'être déprimée, d'avoir mal partout, d'avoir plus envie de rien, fin je me sens... voilà, c'est pas la super forme en ce moment. »

E4

« C'est pas ce que j'attendais de la retraite, être arrivée à regarder invitation au voyage tous les matins en se disant, là j'irai jamais, c'est pas ce que j'avais envisagé [...] j'ai du mal à accepter la retraite parce que c'est une déchéance [...] Quand on est jeune, on sourit des gens qui se plaignent de la vieillesse, de la retraite, oh la retraite non ! c'est pas beau, c'est une fin de vie et ce n'est pas drôle. »

3. Impact du surpoids dans la vie quotidienne

a. Limitation des activités de la vie quotidienne

Les participants nous confiaient être limités dans leurs activités de la vie quotidienne en raison du surpoids.

E4

« J'ai une masse grasseuse qui m'oblige... je ne peux pas... il y a pleins de choses que je ne peux pas faire ! »

E5

« Je sais qu'avec l'âge, mon corps, par moments voilà c'est quand même dur le surpoids, on ne peut pas faire n'importe quoi, avec la pré ménopause, je sens plus de douleurs articulaires, donc il y a des choses qui me freinent. »

b. Douleurs chroniques

Des douleurs chroniques invalidantes étaient également évoquées.

E10

« J'ai souvent mal au dos, et là j'avais très très mal aux épaules, je viens de sortir de 10 séances de kiné. Et ça fait 2 ans que j'ai des problèmes de dos et j'ai été opérée et j'ai du mal à marcher. »

c. Acceptation du surpoids

Nous avons observé une acceptation du surpoids avec les années chez plusieurs participants.

E5

« J'ai du surpoids depuis que je suis enfant quoi, donc après on finit par, je dis pas qu'on s'y habitue, mais à mon âge on est plus dans l'acceptation mais c'est quelque chose qui ne nous quitte jamais. »

C. Relation à l'activité physique

1. Volonté de se remettre au sport

L'envie de reprendre une activité physique était fréquemment évoquée.

E10

« J'aurais besoin de marcher [...] j'aimerais bien me remettre au sport. »

E2

« J'ai du mal à me remotiver donc quand on m'a parlé de ce programme, voilà j'étais intéressée en me disant ça va me remotiver, ça va me booster et ça va me remettre en activité pour tout quoi. »

2. Contrainte ou loisir ?

a. Loisir

L'activité physique était perçue par une grande majorité comme un loisir.

E7

« Je dirai plutôt un loisir après tout. »

b. Contrainte

Mais également parfois comme une contrainte.

E1

« Déjà à l'armée, j'esquivais hein, j'étais pas gros, mais j'aime pas ça, j'aimais pas ça. »

c. Un peu des deux

Pour certains, la pratique d'une activité physique était vue à la fois comme une contrainte et comme un loisir.

E3

« Au début c'est toujours un peu une contrainte mais en fait quand tu as le rythme et que c'est vraiment intégré dans ton quotidien c'est vraiment un plaisir pour le coup parce que tu sais pourquoi t'y viens. »

E5

« Par moment c'est un loisir, par moments c'est une contrainte, voilà c'est pas figé dans ma tête en étant forcément une contrainte ou un loisir. »

3. Le plaisir avant tout

Tous s'accordaient sur l'importance de pratiquer une activité physique pour le plaisir.

E4

« Mais marcher comme ils font dans les clubs non non non marcher la tête baissée parce qu'il faut se dépêcher, il faut marcher, non je ne veux pas. Je veux bien marcher pour le plaisir de marcher, je ne veux pas marcher pour dire oh ouais j'ai fait 15 km aujourd'hui... je ne vois pas l'intérêt. »

4. Pratique antérieure

Nombreux étaient ceux qui avaient pratiqué une activité physique auparavant : sport en salle, piscine, marche, et vélo étaient les plus fréquents.

E2

« Il y a encore aller 1 an ou 2 je faisais beaucoup, je faisais du vélo, de la marche, de l'aquagym, aquabike, euh j'ai fait du yoga, de la gym enfin j'ai fait pas mal de choses mais là depuis 1 an ou 2 je ne fais plus rien. »

5. Pratique actuelle

a. Marche

La moitié des participants pratiquaient la marche, de façon plus ou moins régulière.

E4

« On fait de la marche un petit peu, tous les jours on va sortir le chien pendant ¾ d'heure, on marche au moins 3/4 d'heure mais je le fais avec quelqu'un. »

E9

« dès que je sens que je peux partir 1h autour de chez moi, [...] si il ne fait pas beau ou que j'ai pas envie, j'y vais pas (rires), ça n'engage que moi. »

Même s'ils ne pratiquaient pas souvent, les participants appréciaient marcher.

E5

« Je prends plutôt du plaisir à marcher, j'avoue qu'avec le confinement là sortir, prendre l'air, marcher oui j'apprécie. »

E8

« Moi j'adore marcher. »

b. Entretien articulaire

Plusieurs pratiquaient des exercices d'entretien articulaire.

E5

« Je fais tous les jours des mouvements pour les articulations je fais bouger les bras, les épaules, les jambes, les articulations des pieds voilà je fais des petites choses comme ça, ça ne dure pas longtemps mais je fais des séries de 20 ou 30 ou 50 ça dépend du temps mais j'essaie de faire bouger mes articulations. »

6. Connaissance de la marche nordique

La connaissance de la marche nordique était très hétérogène, certains participants l'avaient déjà pratiquée, la plupart en avait déjà entendu parler et trouvait l'activité intéressante car assez globale. D'autres trouvaient cette activité étrange.

E8

« J'en ai entendu parler, parce que j'ai une collègue qui est en surpoids, c'est la mode à Alençon, on doit tous être en surpoids (rires) et elle en fait et elle adore pareil parce qu'elle adore la nature, ils vont en forêt tout ça, un peu comme moi on adore la nature c'est pour ça qu'on en a parlé, elle me dit moi j'adore. »

E1

« A vrai dire je me moquais de ces gens là, j'ai pas peur de le dire, c'est pas me moquer, c'est parce qu'ils me faisaient rire, je me disais mais pourquoi ils marchent comme ça ? »

D. Motivations à la reprise d'une activité physique

1. Santé physique

Au premier plan, les participants souhaitent reprendre une activité physique pour améliorer leur santé physique.

a. Effets néfastes du manque d'exercice

Ils ressentent l'effet néfaste du manque d'exercice sur leurs corps.

E10

« Parce que j'ai l'impression que mon corps se ... je ne sais pas comment dire.... S'engourdit... je ne sais pas comment dire ça, je me sens moins souple, moins agile. »

E3

« Je souffre quand même de multiples choses qui sont liées à ma non-activité au quotidien. »

b. Perte de poids

La perte de poids était un élément de motivation prépondérant.

E7

« Bah c'est surtout pour le poids, j'aimerais que ça m'aide à perdre du poids. »

E2

« M'aider à perdre du poids parce que là je fais un régime mais sans activité ça n'aide pas énormément quoi. »

c. Se remuscler

Les participants souhaitent reprendre une activité physique afin de se remuscler.

E2

« Déjà me remuscler parce que je pense que là euh la sédentarité, voilà, je n'ai plus de muscle donc ça n'aide pas pour les douleurs »

E8

« me muscler un peu parce que j'en ai besoin, côté santé me muscler je pense que c'est la priorité, je pense que je pourrai avoir besoin même moi parce que j'en prends conscience [...] le fait d'en faire t'as mal aux bras, t'as mal aux jambes, on se dit oulà oui les muscles se réveillent, on sent qu'on a des muscles qu'on avait oubliés (rires) et voilà c'est peut être des détails mais là le fait d'aller au kiné, le fait de faire 2/3 exercices de lever de bassin et tout on sent déjà, on se dit « ah oui effectivement il y a des muscles derrière toute l'épaisseur », j'avais oublié ! »

d. Améliorer sa santé

L'activité physique leur permettrait d'améliorer leur état de santé, en luttant contre les facteurs de risque cardio-vasculaire.

E1

« C'est vrai qu'en marchant ça va redonner du tonus au cœur, au tout, ça va éliminer aussi le sucre, tout ça quoi, et puis le cycle de notre corps va mieux tourner qu'en ce moment on va dire. »

E10

« Je pense qu'au niveau tension aussi il paraît qu'il faut faire du sport pour baisser la tension »

e. Antalgie

L'activité physique à visée antalgique était recherchée chez plusieurs participants.

E2

« Je marche un peu plus vite qu'avant mais voilà je sens que ça peut réveiller certaines douleurs et en soulager d'autres, ça dépend aussi dans quel état je suis franchement. Mais si je marche bien, vite et que je respire bien, oui ça me soulage. »

E3

« Je sais que la perte de poids c'est aussi un antalgique pour moi ; parce que si je perds 3/4kg disons pas forcément beaucoup, mais un peu, bah c'est le poids qu'il y aura en moins sur ma hanche et je souffrirai moins. »

E8

« Je vais y aller parce que je n'ai pas le choix et puis c'est important parce que je n'ai pas envie de souffrir tout le temps donc je vais le faire. »

f. Amélioration de la condition physique

Les participants appréciaient ressentir leurs progrès physiques quand ils pratiquaient une activité physique.

E2

« Au début c'était un peu compliqué, et puis maintenant je me rends compte ben que voilà j'arrive à atteindre des distances assez intéressantes de marche sans être essouffée et douloureuse comme je l'étais au début. Au fur et à mesure oui je me suis rendue compte que ça allait mieux. »

E3

« Ça n'a pas de prix de voir à quel point le changement peut aller vite et que on peut gagner en efficacité corporelle aussi rapidement. »

E8

« La musculation de ma jambe je sens les bénéfices directement parce que je passe d'une marche où je ne peux pas marcher plus de vingt minutes à une marche où je peux marcher 40/45 minutes sans souffrir trop, ce qui est quand même un gain énorme pour le quotidien. »

g. Meilleure qualité du sommeil

L'amélioration de la qualité du sommeil était également un élément de motivation.

E8

« Après avoir marché [...] je dors tellement bien, en plus moi je dors très mal, je me réveille toujours 1h avant le réveil. »

2. Santé psychologique

a. Amélioration du moral

L'amélioration du moral était recherchée par de nombreux participants.

E9

« Penser à autre chose parce que c'est vrai qu'une heure de marche, ou de vélo, on pense à autre chose donc ça fait du bien aussi dans la tête ! »

E3

« Et puis l'humeur aussi, du coup d'avoir moins mal, la douleur c'est quand même quelque chose qui fait mal au cerveau, et d'avoir moins mal tout de suite on est dans un état beaucoup plus positif. »

E8

« Voilà c'est le côté nature, être dehors, respirer, être loin de la maison et se libérer la tête parce que marcher tu te libères la tête donc pourquoi pas. »

b. Sensation de bien-être après l'effort

La sensation de bien-être ressentie après un effort était un élément de motivation.

E5

« Mais c'est vrai qu'on ressent les bienfaits, des fois on se dit oh j'ai pas envie mais une fois qu'on l'a fait on ressent un mieux-être c'est sûr, on se sent plus léger. »

E7

« et puis je me sens bien après avoir marché. »

c. S'aérer

La pratique d'une activité physique était vue comme une bonne occasion de s'aérer.

E2

« M'aérer voilà plutôt que de rester enfermée chez moi »

d. Prendre du temps pour soi

C'était également l'occasion de prendre du temps pour soi.

E8

« le côté ne pas être à la maison et faire autre chose et penser un petit peu à moi aussi. »

e. Détente

La pratique d'une activité physique permettait de se détendre.

E8

« je peux faire des km je me rends même pas compte tellement je suis bien en fait [...] je me dis c'est le côté on s'évade, on se vide la tête, c'est un tout quoi. »

E6

« Oui c'est pour ça, vous voyez pour moi c'est le plaisir de faire du vélo, c'est pas le plaisir de se dire je vais en mettre plein la vue à l'autre, pour moi c'est surtout la détente. »

3. Aspect collectif et social

a. Créer du lien social

La pratique d'une activité physique en groupe était vue comme une opportunité pour créer du lien social.

E8

« De rencontrer des gens, c'est souvent sympa, de tout âge je me dis pourquoi pas, on rencontre souvent des gens sympas. »

E4

« Il y a un noyau qui se forme et on s'aperçoit qu'on a tous nos difficultés [...] il y a pleins de petites choses comme ça qui se créent. »

E2

« Rencontrer des gens, retrouver une vie un peu plus active. »

b. Convivialité

L'ensemble des participants étaient à la recherche d'une convivialité.

E6

« C'est être dans un groupe, avec une bonne ambiance, l'esprit de combativité c'est ça qui m'a écoeuré. »

E4

« Il faut que ça soit convivial, qu'on passe un bon moment. [...] on a un moment de convivialité, donc on partage des choses pendant au moins ¼ d'heure, on n'est pas seule à faire des trucs dans sa chambre ou à regarder la télé. »

c. Stimulation du groupe

Le groupe en lui-même était source de motivation.

E8

« le fait qu'il y ait du monde je vais être obligée d'y aller donc même si j'aime ça, cette chose là, il faut avoir le déclic qui dit « bah t'y vas bah voilà on t'attend dehors t'y vas », parce que c'est vrai qu'honnêtement, toute seule, moi aller marcher toute seule ça me botte pas du tout quoi. [...] Mais là du coup je ne serai pas seule donc la question ne se pose pas pour la marche nordique ou le badminton donc euh dès l'instant où t'as l'entraîn d'autres personnes qui y vont t'y vas quoi. »

d. Mêmes problématiques au sein du groupe

Le groupe composé de patients aux mêmes problématiques était vu comme un élément rassurant et sécurisant.

E5

« Moi je préférerais me retrouver qu'avec des personnes avec les mêmes problématiques que moi. »

E1

« Parce que je me dis si je marche en groupe, je serai avec des gens qui seront peut-être plus forts ou peut être moins forts, donc je serai pas le dernier, je me dis ça va aller. »

E4

« c'est comme dans tout groupe social, il en faut des forts pour tirer les autres vers le haut et puis il en faut d'autres qui amusent la galerie et qui tirent vers le bas pour qu'on arrive à trouver un juste milieu. »

E6

« à partir de 2/3 personnes il y a quand même moins de risques, pour tout hein même si vous faites une chute ou un problème de santé n'importe [...] vous voyez quand il y a quelqu'un avec moi je me sens plus en sécurité. »

e. Influence des autres

Le fait de voir d'autres personnes pratiquer était également un élément de motivation.

E1

« j'ai été là bas un an, là-bas j'ai marché un peu aussi, je voyais tout le monde faire du sport alors ça me tentait aussi de marcher un petit peu. »

f. Objets connectés

Les outils connectés pouvaient être une source de motivation.

E3

« Une application sur le téléphone ça peut aider ? parce que je pense que ça m'aiderai à me motiver. »

E1

« je ne sais pas si je vais le faire en extérieur, parce que là bas c'était bien parce qu'on réglait [...] je regardais les battements du cœur, il ne fallait pas dépasser 105-120 un truc comme ça. Donc moi je regardais que ça, »

4. Programme en lui-même

Le programme sport-santé Marche Nordique était un élément majeur de motivation chez les participants.

a. Manque d'APA pour les personnes en surpoids

Les participants constataient qu'ils n'avaient pas connaissance de programme d'activité physique adaptée sur Alençon.

E5

« Du fait que je suis en surpoids et je trouve que, peut-être par méconnaissance, mais je trouve qu'au sein de notre ville, [...] pour les personnes qui sont en surpoids il n'y a pas d'activité adaptée, enfin à mon sens. Pour se sentir à l'aise dans un groupe je trouve que ça manque d'activité adaptée pour les personnes en surpoids. »

b. Découvrir une nouvelle activité

Ceux qui ne connaissaient pas la marche nordique y voyaient l'opportunité de découvrir une nouvelle activité.

E7

« Je ne connais pas cette marche-là alors pourquoi pas en profiter. »

c. Type de sport

Le type de sport proposé – La marche nordique – a fait l'unanimité auprès des participants.

E4

« C'est sympa, et le fait de bouger les bras en même temps que les jambes à un rythme ça donne un élan. Moi j'ai beaucoup aimé, j'en ai fait quoi 3-4 mois, c'était vachement agréable. »

E5

« Quand on est en surpoids je pense que c'est un des sports qui est le moins [...] contraignant. »

d. Activité de plein air

Le fait de proposer une activité de plein air était très apprécié.

E8

« j'adore la nature, j'adore les animaux donc le fait d'être dehors de respirer, de marcher, [...] c'est jamais les mêmes endroits donc je me dis je vais peut-être moins m'ennuyer. »

E5

« d'être dans la nature, d'observer la nature, par moments d'hummer l'air, regarder le ciel fin voilà les petites choses de la nature qui font du bien à l'esprit quoi. Donc ça j'apprécie, j'apprécie. »

e. Encadrement

L'activité adaptée et encadrée était source de réassurance et de motivation.

E10

« Ce qui me rassurerait un peu c'est que ce soit progressif, le fait que ce soit avec vous ça me rassure, j'ai toujours peur d'avoir mal quoi, j'aimerais qu'on m'aide à reprendre sans avoir trop mal [...] Je n'arrive pas à sortir seule. »

E2

« J'ai du mal à me remotiver donc quand on m'a parlé de ce programme, voilà j'étais intéressée en me disant ça va me remotiver, ça va me rebooster et ça va me remettre en activité pour tout quoi. C'est pour ça que c'est important de le faire avec quelque chose d'organisé, pour pouvoir continuer à suivre, et ne pas s'arrêter à la première difficulté »

f. Gratuité

E1

« Je ne crois pas que je vais aller à l'autre programme qu'Alexandra m'a proposé parce qu'il est payant.»

E5

« en plus financièrement ça va hormis une bonne paire de chaussures, bon je suppose des bâtons mais c'est pas un gros investissement financier. »

5. Pour l'avenir

Les participants pensaient à leur avenir.

a. Effet de l'âge

Ils ont observé l'effet de l'âge sur leur corps.

E5

« Mon état de santé (rires) alors je suis en période de pré-ménopause déjà, [...] je sens que mon organisme n'est plus comme avant. Je remarque certaines choses que je n'avais pas avant que j'ai maintenant. »

E8

« on vieillit en plus, à 20 ans je pouvais faire attention pendant 2/3j je perdais 5kg. Aujourd'hui je fais attention 2/3j il ne se passe rien (rires) donc voilà quoi ça n'a rien à voir. »

b. Rester en forme pour mieux vieillir

En se remettant en activité, ils espéraient ainsi mieux vieillir.

E2

« C'est un projet très intéressant, parce que je fais un DU de gérontologie et c'est vrai qu'il faut bouger pour durer dans le temps et je sais que si moi je ne fais rien je vais très mal vieillir, en plus je suis fumeuse, je ne vous ai pas dit, donc j'ai pleins de facteurs de risque. »

E5

« voilà c'est pas toujours agréable mais j'essaie d'entretenir comme ça mes articulations pour ne pas me retrouver en vieillissant à avoir des problèmes. »

c. Retrouver une aisance dans la vie quotidienne

Ils voyaient la reprise d'une activité physique comme un moyen de retrouver une aisance dans les activités de la vie quotidienne.

E1

« Déjà, peut-être [...] si on recommence ça va redévelopper tout le système et après la marche ça va être comme si rien du tout, pour moi hein. Comme si[...]à n'importe qu'elle heure on me dit « va acheter quelque chose » qu'il y a à côté de la mairie je vais me dire « ah bah non oulala combien de temps je vais mettre pour revenir et tout » alors [...] peut-être que si après à force de marcher, marcher, marcher on va me dire d'aller à la mairie je vais dire oh attends je vais vite j'en ai pour deux minutes et puis je reviens. »

E5

« ça m'aide parce que comme je ne suis pas très souple, quand on est forte, par exemple lacer des chaussures c'est compliqué, j'ai ma jambe droite parfois elle bloque. Le peu que je fais je le fais, je ne fais pas de gym parce que la gym pour moi c'est compliqué, par exemple m'asseoir en tailleur c'est compliqué, j'arrive pas. »

d. Retrouver une habitude et une autonomie de pratique

Le programme était l'occasion de retrouver une habitude et une autonomie de pratique.

E2

« c'est vraiment le but, c'est de retrouver une habitude on va dire d'activité, et je pense que ça peut m'aider à me motiver pour reprendre et après continuer bien sûr. »

E3

« j'aimerais bien avoir ce cerveau qui ne s'arrête pas une semaine de faire une activité, vraiment que la pratique soit intégrée chaque semaine quel que soit le jour. »

e. Poursuite à la fin du programme

Pour la plupart des participants, l'objectif était de continuer à pratiquer une activité physique après la fin du programme. Certains attendaient de voir leur ressenti pour se prononcer.

E8

« si cette activité peut perdurer et le groupe de marche peut perdurer, même si ça a dépassé les 6 mois, si ce groupe existe toujours, s'il est maintenu, même sans prise en charge, pourquoi pas continuer s'ils le maintiennent, si ça reste pourquoi pas, je ne serai pas contre, au contraire. »

E7

« oui je pense que si ça me plaît je continuerai peut être mais je pense qu'il faut démarrer et puis voir ensuite ce qu'on veut faire. »

f. Défi personnel

La reprise d'une activité physique était également vue comme un défi personnel à relever.

E4

« c'est aussi peut être une lutte envers nous, un truc qui me dit « oh bah j'ai pas réussi ça la semaine dernière, il faudrait peut-être que je réussisse ». »

6. Influence du professionnel de santé

La présentation du programme avait été faite pour certains patients par leur médecin traitant et pour d'autres par l'Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) ASALEE. Les différents entretiens ont semblé montrer une motivation plus argumentée chez les patients qui avaient rencontré l'infirmière ASALEE.

a. Suit les conseils de son médecin traitant

Les participants étaient pour la plupart conscients que leur médecin souhaitait qu'ils reprennent une activité physique et perdent du poids, ils essayaient de suivre ses conseils.

E6

« Bah oui, vous voyez je pars du principe que si le Dr me dit que pour ma santé il faut que je fasse quelque chose j'ai tout intérêt à l'écouter, si j'avais su je l'aurai fait avant. »

E8

« Mon médecin m'a dit qu'il fallait que je fasse une activité physique pour mon dos, j'aime pas ça mais je vais y aller parce que je n'ai pas le choix et puis c'est important parce que je n'ai pas envie de souffrir tout le temps donc je vais le faire mais je n'aime pas donc voilà. »

b. Faire plaisir à son médecin traitant

Une participante nous a dit vouloir reprendre une activité physique pour faire plaisir à son médecin.

E7

« mais ça c'est promis je vais reprendre, je l'ai promis à mon médecin alors je vais le faire ! mais c'est pas simple vous savez... »

c. Soutien par l'IDE ASALEE

Le soutien par l'infirmière ASALEE était nécessaire pour les personnes concernées.

E1

« L'infirmière, Alexandra, me dit il faut attendre, il faut être patient, ce n'est pas tout de suite [...] Parce que la volonté elle est très forte chez moi, parce que je me suis toujours dit que vouloir c'est pouvoir, ça là-dessus personne ne pourra me démontrer le contraire. »

E. Freins à la reprise d'une activité physique

1. Crainte de la douleur

La crainte de la douleur était omniprésente chez les participants.

a. Majoration des douleurs chroniques

Ils craignaient la majoration de leurs douleurs chroniques.

E3

« La douleur, ça c'est vraiment le truc qui me fait peur, parce que là en ce moment quand je marche pour aller quelque part j'ai mal [...] là je ne peux plus, c'est redevenu très compliqué, et la peur de la douleur est revenue c'est ça. »

b. Peur de la blessure

La peur de la blessure était présente, mais atténuée par le fait de pratiquer une activité encadrée.

E5

« j'ai peur de me blesser aussi donc ça me freine. »

c. Arrêt d'une activité physique à cause de la douleur

Par le passé plusieurs participants avaient arrêté de pratiquer leur activité physique à cause de la douleur.

E10

« Je faisais du yoga, c'était une nouvelle prof, c'était une prof qui était très très bien mais elle faisait durer les mouvements très longtemps et j'avais trop mal en rentrant quoi [...] à la fin de l'année dernière j'ai eu une sciatique et je n'ai pas repris depuis. »

E4

« je ne peux pas, ça me fait mal, 1 fois, 2 fois et puis je n'y suis plus allée [...] puis j'ai fait des tendinites à répétitions à l'épaule, bon bah j'ai tout arrêté. »

2. Manque de temps

Le manque de temps était le deuxième frein majeur.

a. Vie de famille

Après avoir fondé une famille, les priorités changent et les participants n'arrivaient pas toujours à trouver leur organisation.

E8

« C'est un peu l'inconvénient quand on devient maman, on est un peu bête après parce qu'on n'a pas le même sens des priorités en fait, et la priorité pour l'un n'est pas toujours la même pour une maman en fait, alors qu'on pourrait très bien concilier les deux en fait. »

E6

« Je me suis mis en ménage, après la naissance de ma fille puis mes fils et la vie s'est enchaînée très vite, après quand les enfants viennent au monde il n'y en a plus que pour eux, c'est plus pareil. Il y a des fois il faudrait avoir 2 vies (sourires), je ne sais pas c'est la vie, c'est comme ça ! »

b. Emplois du temps

Il n'était pas toujours facile de se libérer du temps pour une activité physique en raison d'emplois du temps personnels et professionnels chargés.

E9

« Après ça a été un petit peu moins régulier parce qu'on travaillait en présentiel au bureau plus les conseils municipaux ont repris et tout ça donc ça a été un petit peu moins régulier, on ne faisait plus que deux fois par semaine et puis une fois par semaine et puis... après on a arrêté c'est un peu dommage... »

E8

« Ça m'évoque ... pas le temps (rires) euh je ne prends pas le temps, l'activité physique j'aimerais bien mais voilà avec le boulot, la maintenance à la maison tout ça, et euh bah un enfant, pourtant j'en ai qu'un mais...euh... je voilà j'ai pas de temps. »

c. Peur que ce soit une contrainte

Certains participants hésitaient à s'engager car ils avaient peur de ne pas avoir suffisamment de temps et que cela devienne une contrainte.

E9

« simplement maintenant une question de temps, je ne sais pas, je ne vais peut-être pas me rajouter une contrainte supplémentaire, je crois que ce n'est pas le bon moment. Le problème c'est que si ça devient une contrainte, ce n'est pas amusant... »

E8

« si on est contraint à faire des choses... il nous oblige à faire des choses ok, mais pour ressentir un bien, après si c'est se forcer à faire des choses on en a rien à faire, je ne suis pas arrivée à 67 ans pour faire des choses qui m'embêtent, voilà.»

3. Manque de confiance en soi

a. Regard des autres

Le regard et le jugement des autres étaient un frein à ne pas négliger.

E1

« parce que vous êtes gros, vous n'aimez pas montrer votre corps à la piscine, il y a ça qui joue aussi, parce que les gens vous regardent. Là c'est pareil vous me voyez courir ? il faudrait que tout le monde soit gros en même temps pour courir, ah oui comme ça les gens ils ne vont même pas regarder ils vont se dire il y a un groupe et puis c'est tout. »

E5

« ne pas être regardée, ne pas être jugée enfin voilà, quand on n'est pas souple, quand on est obèse et bah c'est pas agréable quoi. »

b. Crainte d'être limité par son physique

Les participants craignaient que leur physique les empêche de pratiquer correctement une activité physique.

E2

« L'essoufflement, parce que j'ai tout perdu hein, je vais mettre du temps à retrouver, forcément c'est dur au début ça peut être un peu démotivant. »

E1

« il faut que tout le monde soit au même rythme, bon après faire les mouvements ça aussi ça me fout un petit peu la trouille. »

c. Peur de l'échec

Certains avaient peur de l'échec et d'être découragés s'ils n'avaient pas des résultats rapides.

E10

« je crains de ne pas être capable, d'avoir mal et d'abandonner. »

E1

« ça me gêne beaucoup parce que je vois que ça progresse pas tellement alors c'est pour ça que ça me gêne, [...] je ne sais pas pourquoi j'ai arrêté. A mon avis c'est parce que mon poids il a repris alors j'ai dit « oh ça sert à rien », tu marches, tu marches tu marches et ... rien. »

d. Manque de motivation

Le manque de motivation était un élément présent chez de nombreux participants.

E1

« c'est la question que je me pose entre la volonté et la motivation. C'est plutôt la volonté qu'on a mais on n'a pas la motivation. »

E8

« Après non honnêtement le seul frein que j'aurai c'est la fainéantise et le fait d'y aller seule. »

4. Type d'activité

Le type d'activité était source de motivation mais pouvait également être un frein.

a. Arrêt car type d'activité ne lui plaisait pas

Certains avaient, par le passé, arrêté leur pratique sportive car le type d'activité ne leur plaisait pas.

E2

« J'ai pratiqué pas mal de choses, ça m'a permis de voir ce qui me convenait le mieux, mais dernièrement il n'y avait rien qui me disait donc j'ai laissé tout un peu tomber. »

b. S'ennuie vite

Les participants avaient besoin d'activités variées.

E8

« la gym que j'ai faite, voilà c'était vachement redondant, je vois moi quand on me dit de me casser le dos et de me casser la tête à faire ça, voilà quoi il faut me trouver un truc qui soit plus attrayant, parce que moi c'est gavant, ça m'ennuie vite quoi. »

c. Pratique seul

De nombreuses personnes interrogées ne voulaient pas pratiquer seules.

E4

« toute seule ça me gonfle, aller marcher toute seule ça n'a pas d'intérêt. »

E8

« c'est vrai qu'honnêtement, toute seule, moi aller marcher toute seule ça me botte pas du tout quoi. »

d. Conditions météorologiques

Les conditions météorologiques pouvaient être une limitation à la pratique d'une activité physique extérieure.

E9

« je continue quand je peux, d'ailleurs s'il ne fait pas trop mauvais je vais partir une heure demain matin. »

E1

« Et puis, ici il faisait froid. A la Réunion c'était pas pareil, l'ambiance peut être, parce que ici c'était le froid, quand je suis arrivé ici j'étais en Bretagne à Vannes. J'ai trainé longtemps à avoir toujours froid, vous avez vu le froid qu'il fait dehors ? »

E8

« en plus en ce moment il fait froid, on va recommencer le cocoon-pépère le truc pas bon quoi »

F. Crise sanitaire liée à la COVID-19

La crise sanitaire liée à la COVID-19 a été perçue comme un frein à la reprise d'une activité physique mais également comme une motivation.

1. Déçus par le report du programme

Les participants étaient déçus par le report du programme sport-santé marche nordique Alençon.

E8

« C'est vrai que ça m'a un peu dépitée quand j'ai vu le confinement, ça tombe vraiment mal, j'aurai bien aimé le faire dès maintenant. »

2. Arrêt de toute activité physique

Certains avaient arrêté toute activité physique avec le confinement.

E7

« Non depuis le premier confinement j'ai tout arrêté figurez-vous. »

E3

« Ça fait un bout de temps que les salles de sport sont fermées, et moi j'étais dans un super rythme, franchement j'y allais 2 fois par semaine, c'était trop bien et j'ai été un peu coupée dans mon élan et chez moi je ne peux rien faire. »

Le port du masque a été identifié comme un frein à la pratique de la marche.

E1

« je commençais à marcher avec Alexandra à la mairie, je faisais 2/3 tours, j'étais content et tout mais là avec le truc il faut mettre le masque là c'est pas pareil, pour la respiration c'est pas pareil déjà en parlant même, [...] Alors impossible de marcher avec ça. »

3. Début d'une activité physique pendant le confinement

Tandis que d'autres ont vu dans le confinement une opportunité pour reprendre une activité physique.

a. Plus de temps

Le confinement leur avait permis de se libérer du temps.

E9

« au confinement du printemps j'étais chez moi toute la journée, en télétravail, et là ça me donnait un petit peu plus de temps donc un soir sur deux, ou en soirée, je partais une heure, avec mes bâtons. »

b. Moins de monde dehors

Il y avait moins de monde dehors, ce qui leur permettait de ne pas être jugé.

E3

« Donc voilà le confinement fait qu'il faut que je me bouge un peu dans ma journée [...] Et puis il y a moins de gens dehors, c'est une bonne motivation pour moi, j'ai honte aller secouer ma graisse dehors. »

c. Prendre l'air

Sortir à l'extérieur leur permettait de s'aérer et de reprendre une activité physique.

E5

« Je sais que j'ai investi dans un tapis de marche suite au premier confinement parce que bon voilà je me dis s'il y a admettons un 2ème, voilà, donc je prends plutôt du plaisir à marcher, j'avoue qu'avec le confinement là sortir, prendre l'air, marcher oui j'apprécie. »

IV. Discussion

A. Forces de l'étude

Les forces de cette étude résident dans le choix de la méthode qualitative par entretiens semi-dirigés qui permet une ouverture du dialogue et l'émergence de nouvelles idées.

Il n'y avait pas de durée d'entretien définie ce qui a permis d'instaurer un climat de confiance qui a mené à des entretiens riches et de bonne qualité malgré la visioconférence.

La recherche de la variation maximale effectuée sur l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle et la profession a permis d'obtenir un maximum de représentations d'opinions. La sélection d'une population d'adultes exclusivement obèses rend cette étude pertinente, puisqu'elle recherche les motivations et les freins à la pratique d'une activité physique au sein même de la population qui est le moins physiquement active et qui pourrait pourtant en tirer le maximum de bénéfices en terme de santé.

Du point de vue technique, afin de protéger ces patients fragiles, il a été décidé d'effectuer des entretiens par visioconférence. Leur enregistrement a permis d'avoir une retranscription fidèle et un accès à la communication non verbale, sans masque.

Une seule investigatrice et rédactrice a permis d'assurer la reproductibilité de chaque entretien. Afin de renforcer la validité des résultats (37), l'investigatrice et la directrice de thèse ont procédé à un double codage et à une triangulation des données.

L'originalité de ce travail repose sur le fait qu'il n'y a, à notre connaissance, aucun travail réalisé sur ce sujet dans cette zone géographique avec ses particularités qui lui sont propres. De plus, aucun travail préalable à un programme n'a été retrouvé, les différents travaux retrouvés évaluent des dispositifs déjà en place ou sondent la population générale.

B. Limites de l'étude

Une limite en termes de recrutement peut être soulevée, en effet les patients ont été recrutés au sein d'un seul cabinet, regroupant quatre médecins généralistes. De plus, les participants avaient accepté de participer au programme sport-santé marche nordique, il peut donc être supposé qu'ils avaient une motivation plus importante que la population générale. En outre, cela a permis de limiter le biais de participation.

Il y avait probablement une autre limite du fait de la volonté des participants de montrer à l'investigatrice leur motivation à participer au projet.

Ce travail était le premier travail de ce type pour la chercheuse, de ce fait, le manque d'expérience dans la pratique d'entretiens semi-dirigés et dans l'analyse des résultats constitue une autre limite.

Le nombre de participants est relativement faible mais a été fixé par la saturation des données dont l'analyse a été faite au fur et à mesure des entretiens.

C. Analyse et comparaison aux données de la littérature

1. Etat de santé actuel

Spontanément, la majorité des participants se trouvait en bonne santé. On sait pourtant que l'obésité est une pathologie à part entière. En effet, les personnes obèses de classe I ($30 < \text{IMC} < 34.9$) perdent en moyenne 3,5 années d'espérance de vie, 4,5 années pour ceux en classe II ($35 < \text{IMC} < 39.9$) et 8 années chez ceux atteints d'une obésité de classe III ($\text{IMC} > 40$) (38). De plus, environ 32 % des individus obèses vivent avec une affection de longue durée (versus 15 % dans la population de poids normal) (39).

Au fil des entretiens, il est apparu que leur état de santé était moins bon qu'ils ne pouvaient le laisser paraître. Une thymie basse chez plusieurs participants a été observée, en lien notamment avec l'impact de l'obésité dans leur vie quotidienne. Le regard jugeant, parfois stigmatisant d'autrui a souvent été évoqué, Gille Boëtsch (40) explique que « l'obèse renvoie au gras, au gros et au lourd. Il est construit socialement sur le principe de la mollesse, du laisser-aller, du non-contrôle de soi. Il est marginal non seulement d'un point de vue médical par les pathologies qui le frappent, mais aussi par l'écart à la norme qu'il signifie dans une société fondée sur l'apparence et la performance. ». De même, la commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité rapporte que (41) « la stigmatisation

repose sur un inconscient collectif qui présuppose que la personne en surpoids ou ayant une obésité est moins intelligente, manque de volonté, est incapable de se contrôler ». On observait même une certaine fatalité dans les propos de certains participants.

Le surpoids était également perçu comme un handicap dans la vie quotidienne, les empêchant d'effectuer des actes de la vie courante et entraînant des douleurs chroniques, parfois invalidantes, qui contribuaient au maintien de la sédentarité.

2. Relation à l'activité physique

La volonté de démarrer une activité physique était souvent spontanément évoquée, probablement parce que les participants savaient que le programme sport-santé marche nordique allait être abordé.

L'activité physique était, après réflexion, plutôt perçue comme un loisir, mais une certaine hésitation de la part des patients était perçue. Certains évoquaient même avoir toujours détesté l'AP. Certains exprimaient clairement cette ambivalence, ils étaient conscients que toute reprise d'AP est difficile et peut donc être perçue comme une contrainte, mais le reconditionnement à l'effort permet ensuite de l'apprécier et de la voir comme un loisir.

La notion de plaisir dans la pratique d'une AP était essentielle pour eux ; plusieurs études montrent qu'elle est fondamentale pour la motivation à pratiquer et indispensable à une adhérence à long terme (42–44). Leone et Ward (45) concluent que les femmes obèses ressentent moins de plaisir à la pratique d'une AP, ce qui pourrait expliquer, en partie, leur niveau d'AP plus faible.

Nombreux étaient ceux qui avaient eu une pratique antérieure plus ou moins lointaine mais ils ont arrêté pour diverses raisons qui seront développées par la suite.

Au moment des entretiens, certains marchaient de façon plus ou moins régulière mais clairement insuffisante, d'autres faisaient des exercices de dérouillage articulaire pour contrer les effets de l'obésité sur leur organisme.

Les connaissances de la marche nordique étaient assez hétérogènes mais cette activité semblait faire l'unanimité : ceux qui l'avaient déjà pratiquée étaient intéressés pour reprendre, et ceux qui ne connaissaient pas étaient curieux de la découvrir.

3. Motivations à la reprise d'une AP

a. Santé physique

L'amélioration de la santé physique était l'élément majeur de motivation pour reprendre une activité physique. Les participants ressentaient l'effet néfaste du manque d'AP sur leur corps. Ainsi en reprenant une AP, ils espéraient perdre du poids, améliorer leur condition physique et leur santé en diminuant les facteurs de risque cardio-vasculaire, obtenir un effet antalgique et une meilleure qualité de sommeil.

Il semble important de modérer leurs propos et de les informer que l'activité physique seule n'aura pas d'effet significatif sur leur perte de poids mais permettra de maintenir celle-ci au long cours. En effet, une méta-analyse (46) a comparé un groupe régime hypocalorique, un groupe exercice seul et un groupe bénéficiant de l'association régime et exercice : la perte de poids n'a pas été différente entre le groupe régime hypocalorique et le groupe régime et exercice, par contre, seul ce dernier a maintenu significativement sa perte de poids à un an.

De plus, indépendamment de la perte de poids, la pratique régulière permet la diminution des facteurs de risque cardiovasculaire par la diminution de la graisse intra abdominale et du tour de taille, en augmentant la masse musculaire (47).

Le baromètre national des pratiques sportives 2018 (15) va dans ce même sens, les raisons de santé sont, de loin, considérées comme le principal attrait de la pratique sportive. L'amélioration de la santé est citée dans 46% des cas et l'amélioration de l'apparence physique est citée par au moins trois répondants sur dix.

Le travail de D. Laval (48) met également en avant le souhait des participants d'améliorer leur santé physique et mentale, ce qui semble rejoindre notre étude.

Cependant, il faut être vigilant, car dans le travail d'E. Grondin (49), les motivations dites extrinsèques qui impliquent que l'AP est réalisée pour une autre raison qu'elle-même (par exemple les bénéfices sur la santé) sont associées à une moins bonne observance à long terme.

b. Santé psychologique

L'amélioration de la santé psychologique était également un élément important. En pratiquant une activité physique, les participants espéraient améliorer leur moral, retrouver un mieux-être et se détendre. Ils voyaient la pratique de la marche nordique comme l'occasion de s'aérer et de prendre du temps pour soi.

Cette amélioration de la santé psychologique est retrouvée fréquemment dans la littérature. Le travail de L. Ly (50) montre que les patients qui acceptent de participer à un programme de sport-santé espèrent retrouver une estime de soi, dans celui de E. Grondin (49) les motivations intrinsèques sont essentiellement basées sur le bien-être et la relaxation.

Dans le baromètre national des pratiques sportives 2018, l'envie de se sentir mieux fait partie des deux principales motivations pour faire du sport.

Plusieurs études menées pendant la pandémie liée à la COVID-19 ont pu faire le lien entre la santé mentale et l'activité physique, Chouchou et al. montrent que la diminution de l'activité physique est associée à une moins bonne santé mentale avec majoration de l'anxiété et diminution de la qualité du sommeil (51). Ces données sont confirmées par l'étude de O. Werneck et al. qui a comparé le lien entre comportements sédentaires et santé mentale avant et pendant la crise sanitaire (52). Antunes et al. insiste sur « l'importance de la promotion d'une activité physique régulière à tous les moments de la vie, non seulement en raison de son impact sur la santé physique mais également sur la santé mentale des citoyens » (53). Martinez et al. met en évidence une prévalence élevée de syndromes anxio-dépressifs chez les personnes qui ont dû arrêter leur activité physique en raison du confinement (54).

L'amélioration de la santé mentale à travers la pratique d'une activité physique exprimée par les participants est donc bel et bien un élément fondamental à ne pas négliger.

c. Aspect collectif et social

Pour l'ensemble des participants, la pratique en groupe était un élément essentiel, elle permettait à des personnes parfois isolées de créer du lien social et de passer un moment convivial.

Le groupe en lui-même, composé de personnes avec les mêmes problématiques, était à la fois rassurant, sécurisant et source de motivation.

Selon Ferrand et al. (55), la motivation par les relations sociales implique une ambiance conviviale, respectueuse ou avec un sentiment d'être compris et encouragé par les autres participants au cours de la pratique. Les attentes sont différentes selon le genre : les femmes soulignent le rôle de support émotionnel du groupe et le plaisir de la pratique ensemble, tandis que les hommes attendent une acquisition de connaissances et de compétences pour leurs comportements de santé.

D'après Lidegaard et al. (56), c'est le fait d'être actif en groupe qui rend l'exercice plaisant par l'encouragement mutuel, le sentiment de faire partie d'une communauté et le partage d'expériences agréables.

D. Laval (57), en région Provence-Alpes-Côte d'Azur tire les mêmes conclusions, la cohésion et la solidarité au sein des groupes d'APA est un des facteurs de motivation pour les patients à la poursuite de leur pratique. Lors de l'évaluation du dispositif Sport-santé de la ville d'Aubervilliers par L. Ly, la socialisation est un avantage secondaire à l'entrée dans le dispositif et peut servir de renforcement motivationnel pour la poursuite de l'AP.

d. Programme en lui-même

Le programme sport-santé marche nordique en lui-même était un facteur de motivation. Les participants voyaient ici l'occasion de démarrer une AP dans un cadre établi et sécurisant. La présence d'un éducateur sportif était rassurante pour les participants. Les personnes rencontrées faisaient le constat qu'ils n'avaient pas connaissance de programme d'APA sur Alençon, et ce n'était pas envisageable pour eux d'intégrer des groupes d'AP traditionnelle.

Le manque d'offre adaptée est également cité comme frein à la pratique d'une AP par D. Laval, de plus un programme d'APA permet de se reconditionner à l'effort et de prendre confiance pour ensuite intégrer une AP classique.

L'importance d'une pratique sportive supervisée est retrouvée dans la littérature et est considérée comme un élément de motivation ; l'étude de H. Tulloch et al. montre l'importance grandissante des éducateurs aux yeux des participants au cours d'un programme de plusieurs mois. Ceux-ci assurent la sécurité des participants, le bon déroulement des exercices et l'encouragement. C. Kansa (58) montre également dans son travail de thèse que la mesure la plus populaire est, pour 64.7% des participants, la mise en place de séances de groupe encadrées par un professionnel.

Participer à ce programme était pour certains l'occasion de découvrir une nouvelle activité. La marche nordique a fait l'unanimité auprès des participants par son côté accessible tant physiquement que financièrement. Le fait de pratiquer une activité de plein air était très apprécié.

Le choix de l'activité proposée a été conforté par le baromètre des pratiques sportives 2018 (15) qui montre que les activités de plein air ou les moins contraignantes telles que la course et la marche sont privilégiées par les pratiquants, le cadre de prédilection pour faire du sport est, pour 47% des personnes interrogées, le plein air.

La gratuité du programme était un élément important pour certains participants avec peu de moyens financiers. Le travail de D. Laval montre que beaucoup de personnes ont arrêté leur pratique à cause de l'augmentation des prix. Pour E. Grondin, le coût est une des barrières les plus exprimées.

Ces différentes données de la littérature confirment nos résultats et nous confortent dans le fait de proposer un programme de marche nordique en groupe, encadré par un éducateur sportif, et gratuit.

e. Pour l'avenir

Les participants, obèses, étaient conscients qu'ils mettaient en danger leur santé à moyen et long terme. Ils ressentaient l'effet de l'âge sur leur organisme, en reprenant une AP ils espéraient ainsi rester en forme pour mieux vieillir.

Le baromètre des pratiques sportives montre que le taux de non-pratique augmente fortement avec l'âge pour concerner près de la moitié des 70 ans et plus. Le taux de non-pratiquants augmente déjà après 40 ans pour atteindre 36 % des quadragénaires, contre moins de 25 % avant 40 ans. Il est donc primordial de promouvoir l'AP à tout âge.

Une certaine peur de l'avenir et de la détérioration de leur état de santé était ressentie chez plusieurs participants, en reprenant une activité ils espéraient retrouver une aisance dans la vie quotidienne, ainsi ne plus être limités par leur obésité.

D. Laval montre que l'activité physique constitue un outil permettant de combattre la maladie déjà présente ou l'installation de nouveaux problèmes de santé, derrière ces luttes elle perçoit des peurs plus implicites, comme la peur de devenir dépendant, de vieillir, de mourir, de devenir handicapé, de ne plus être en pleine possession de son corps. Ces mêmes peurs sont également retrouvées par L. Ly.

Les participants voyaient le programme comme une occasion de retrouver une habitude et une autonomie de pratique. Le programme était vu comme un tremplin et un défi personnel. Ils avaient pour la plupart l'objectif de poursuivre une AP à la fin du programme. Il serait intéressant de suivre ces premiers patients inclus sur du plus long terme afin d'évaluer la poursuite d'une activité physique après ce programme d'APA.

L'étude de cohorte française SU.VI.MAX sur dix ans (59) montre qu'un niveau élevé d'activité physique de loisir peut être considéré comme une cause et comme une conséquence d'une bonne qualité de vie. En effet, des niveaux élevés d'AP prédisent une meilleure santé mentale, physique et sociale,

mais des niveaux élevés de santé physique, mentale et sociale prédisent également un niveau d'AP élevé.

f. Influence du professionnel de santé

Les participants étaient pour la plupart conscients que leur médecin souhaitait qu'ils reprennent une AP, ils essayaient de suivre ses conseils.

L'impact du conseil par le médecin généraliste est retrouvé dans plusieurs études. Il agit comme facteur déclenchant vers le changement pour plus d'AP (60). De simples conseils verbaux auraient certes un impact (61), mais un entretien motivationnel permettrait au patient de progresser au travers des différents stades motivationnels vers un changement comportemental (62). Ces stades de changement comportemental sont décrits par le cycle de Prochaska et DiClemente (63).

C. Kanso souligne le rôle important du médecin généraliste, en effet 67.4% des répondants pensaient qu'une ordonnance écrite faite par leur médecin traitant augmenterait leur motivation, et 41.7% estimaient que l'implication de leur médecin dans le suivi favoriserait leur intégration dans un programme d'APA.

Lors de notre étude, il a semblé que les participants pour lesquels le programme avait été proposé par l'IDE ASALEE avaient une motivation plus argumentée que ceux qui avaient eu les conseils par leur médecin traitant.

Il serait intéressant de comparer à la fin du programme l'observance entre les patients suivis par l'IDE ASALEE et ceux suivis par le médecin généraliste seul.

La thèse d'O. Gault (64) ouvre des perspectives dans ce sens, les patients diabétiques suivis par l'IDE ASALEE seraient mieux suivis, auraient une plus grande tendance à la pratique sportive régulière et auraient un traitement de fond anti-diabétique moins lourd.

4. Freins à la reprise d'une AP

a. Crainte de la douleur

La crainte de la douleur était omniprésente chez les participants, que ce soit la crainte de la majoration de douleurs chroniques ou la peur de la blessure. La douleur avait été responsable de l'arrêt d'une AP chez certains participants.

Il sera donc important que le médecin et l'éducateur sportif soient à l'écoute des douleurs et des difficultés évoquées par les participants afin de maintenir leur observance au programme. Les séances individuelles puis collectives semblent particulièrement adaptées pour tenir compte de la progressivité dont chacun a besoin.

Dans le baromètre des pratiques sportives, 25 % des non-pratiquants invoquent des problèmes de santé.

Les douleurs et le déconditionnement à l'effort étaient une grande difficulté vécue par presque tous les patients dans l'étude d'A. Trancart-Petri (48). Elle soulève l'importance d'insister sur les bénéfices à long terme et préconise une activité douce et progressive.

Dans le travail de C. Kansa, la douleur n'est citée comme contrainte que par 5% des répondants, et les problèmes de santé par 10%.

b. Manque de temps

Le manque de temps a été le deuxième frein identifié, il n'était pas toujours facile pour nos interviewés de concilier vie personnelle, vie professionnelle et activité physique.

Après avoir fondé une famille, les priorités changent et les participants n'arrivaient pas toujours à trouver leur organisation. De plus, certains avaient également des emplois du temps personnels et professionnels chargés. Quelques-uns hésitaient même à s'engager par peur de ne pas avoir suffisamment de temps et que cela devienne une contrainte. Pourtant, les personnes pratiquant une AP n'ont pas plus de temps, la difficulté étant de gérer son temps différemment.

Le manque de temps était également la principale contrainte retrouvée dans de nombreuses études qualitatives et quantitatives (49,50,65), dans la thèse de C. Kansa, elle était citée par 60% des répondants.

Le travail de Leone et Ward (45) compare les barrières entre les femmes de poids normal et les femmes obèses, le temps est cité comme barrière quel que soit le poids mais chez les femmes de

poids normal elle était citée comme barrière temporaire (météo, blessure, maladie) alors que la barrière était permanente (contraintes familiales, professionnelles) chez les femmes obèses.

L'INSERM (66) soulève derrière cet argument, la notion de « culture du temps », c'est-à-dire la façon de prévoir et gérer les périodes de disponibilités, dont les activités physiques. Cette « culture du temps » est influencée par le gradient social : les catégories ouvrières ont plus de temps libre et occupent davantage leurs loisirs à des activités domestiques (bricolage, jardinage, télévision), tandis que les cadres, disposant de moins de temps libre, ont davantage de loisirs extérieurs, culturels et sportifs.

c. Manque de confiance en soi

Le regard et le jugement des autres étaient un frein important à ne pas négliger. Les participants préféraient se censurer plutôt que de devoir affronter le regard des autres, de peur d'être jugés. Cette souffrance est majorée par les expériences stigmatisantes et humiliantes vécues, ce qui aggrave la relation difficile qu'ils ont avec leur corps.

Le manque de confiance en soi et la honte de son corps sont mis en évidence comme étant les principaux obstacles à la pratique d'une AP dans la revue de la littérature d'Allender et al. (67).

Certains craignaient que leur physique les empêche de pratiquer correctement une AP en raison de leur déconditionnement à l'effort.

D'autres avaient peur de l'échec et craignaient d'être découragés s'ils n'obtenaient pas de résultat rapide. Ce frein pourra probablement être levé grâce au programme d'APA avec la vigilance de l'éducateur sportif et des patients présentant les mêmes problématiques.

Le dernier élément était le manque de motivation qui était très fréquemment retrouvé. Seuls, ils n'arrivaient pas à trouver la motivation, ils espéraient réussir à surmonter ce frein grâce au groupe.

Le manque de motivation était retrouvé dans les différents travaux de thèses cités précédemment ; plus d'un tiers des répondants citaient ce frein dans le travail de C. Kanso. Dans celui de D. Laval, les participants comptaient sur le médecin traitant pour les aider.

Le travail sur la motivation est primordial, les entretiens motivationnels répétés semblent être une clé à ne pas négliger pour favoriser la poursuite d'une AP chez les patients. La formation des professionnels de santé à l'entretien motivationnel pourrait être une solution intéressante. De plus, il semble important de programmer des entretiens réguliers tout au long du programme, en lien avec l'éducateur sportif qui pourrait alerter le médecin en cas d'absence répétée de certains participants.

d. Type d'activité

Le type d'AP était à la fois source de motivation et de frein. Certains avaient arrêté leur pratique car l'AP qu'ils faisaient ne leur plaisait pas, d'autres avaient besoin d'activités variées car ils s'ennuyaient vite. De nombreuses personnes interrogées ne pratiquaient pas d'AP car elles ne voulaient pas pratiquer seules. Ce programme d'APA semble donc remplir de nombreux critères de motivation : pratique d'une activité en extérieur, variée, encadrée et en groupe.

De façon plus marginale, les conditions météorologiques pouvaient être une limitation à la pratique d'une AP extérieure évoquée par peu de participants. La météo est retrouvée comme étant un frein dans plusieurs études mais plutôt dans les pays nordiques (68), ce frein était particulièrement exprimé dans la thèse d'E. Grondin du fait des hautes températures sur l'île de la Réunion.

Il serait intéressant d'étudier de nouveau les motivations et les freins chez ces mêmes patients à la fin du programme ainsi que leur poursuite d'une AP par la suite.

5. Crise de la COVID-19

La crise sanitaire liée à la COVID-19 a été à la fois un frein et une motivation à la reprise d'une AP chez les participants. Déçus du report du programme sport-santé marche nordique, certains ont démarré une activité de leur propre chef.

En raison du confinement, ceux qui pratiquaient une activité de groupe ont nettement diminué voir arrêté toute AP, le port du masque a également été identifié comme un frein à la pratique de la marche.

D'autres, ceux qui ne pratiquaient aucune activité physique, ont vu une opportunité pour se remettre en activité, le confinement leur a permis de se libérer du temps. Aller marcher était l'occasion de sortir de chez soi et de s'aérer. De plus, il y avait moins de monde dehors, ce qui leur permettait de ne pas être jugés.

Ces données vont dans le même sens que l'analyse de l'observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS) qui a étudié l'évolution des comportements pendant le confinement (69,70).

Il est intéressant de retenir que pendant le confinement :

- 36% des adultes (18-64 ans) et 39% des séniors (65 ans et plus) ont déclaré avoir diminué leur niveau d'activité physique.
- 25% des adultes et 36% des séniors ont déclaré avoir augmenté leur temps passé assis.
- 41% des adultes et 32% des séniors ont déclaré avoir augmenté leur temps passé devant des écrans.

Les plus inactifs avant le confinement ont augmenté leur niveau d'activité physique alors qu'inversement, les plus actifs ont eu tendance à diminuer leur pratique.

De la même manière, les moins sédentaires avant le confinement ont eu tendance à augmenter leur temps passé assis, notamment devant les écrans.

Une diminution des transports actifs et des activités d'endurance a été observée. À l'inverse, il y a eu une augmentation des activités domestiques, des activités de renforcement musculaire et d'assouplissements.

V. Conclusion

Le manque d'AP est considéré par l'OMS comme le 4^{ème} facteur de risque de décès dans le monde, la promotion de l'activité physique est donc primordiale. Elle l'est d'autant plus chez les personnes obèses ou en surpoids qui représentent près de la moitié de la population française. Ces personnes sont bien souvent victimes d'expériences stigmatisantes qui aggravent l'image négative qu'elles ont de leur corps, c'est pourquoi il nous a semblé important de leur proposer un programme de sport-santé adapté.

Afin d'obtenir une meilleure compliance au programme, nous avons cherché à mettre en évidence les motivations et les freins au démarrage ou à la reprise d'une activité physique chez les patients obèses, dans le cadre du programme sport-santé marche nordique Alençon.

Les principales motivations évoquées par les participants étaient d'améliorer leur santé physique et mentale et la recherche de convivialité. Le programme sport-santé marche nordique Alençon était un facteur de motivation à lui seul, par son aspect collectif, encadré et d'activité de plein air.

Les différents freins mis en évidence sont le manque de motivation, le manque de temps, la peur de la douleur et le manque de confiance en soi et en ses capacités physiques.

La crise sanitaire liée à la COVID-19 a été à la fois un frein et une motivation à la reprise d'une AP. En effet, ceux qui pratiquaient déjà une AP ont, pour la plupart, arrêté alors que ceux qui ne pratiquaient pas ont vu une opportunité de se remettre en activité.

Nos différents résultats concordent avec les données de la littérature.

Le médecin généraliste et l'IDE Asalée sont des alliés de choix dans la promotion de l'AP.

Ces données vont permettre de proposer un programme qui réponde aux attentes des participants afin de faciliter leur observance.

Il sera intéressant d'évaluer l'évolution des motivations et des freins au cours du programme sport-santé marche nordique et la poursuite d'une AP à la fin du programme.

Bibliographie

1. OMS, Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale ; rapport d'une consultation de l'OMS. Genève. 5 juin 1997.
2. Duclos M, Duché P, Guezennec C-Y, Richard R, Rivière D, Vidalin H. Position de consensus : activité physique et obésité chez l'enfant et chez l'adulte. *Sci Sports*. sept 2010;25(4):207-25.
3. Hellénus ML, Brismar KE, Berglund BH, de Faire UH. Effects on glucose tolerance, insulin secretion, insulin-like growth factor 1 and its binding protein, IGFBP-1, in a randomized controlled diet and exercise study in healthy, middle-aged men. *J Intern Med*. août 1995;238(2):121-30.
4. Blair SN, Kampert JB, Kohl HW, Barlow CE, Macera CA, Paffenbarger RS, et al. Influences of cardiorespiratory fitness and other precursors on cardiovascular disease and all-cause mortality in men and women. *JAMA*. 17 juill 1996;276(3):205-10.
5. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer* 2013;108:148-55.
6. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. 30 dec 2016.
7. OMS, Constitution de l'OMS, Conférence internationale de la Santé. New York.1946 [Internet]. [cité 30 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
8. WHO, Physical activity for health More active people for a healthier world: draft global action plan on physical activity 2018–2030. 2019 apr 09 [Internet]. [cité 30 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/ncds/governance/who-discussion-paper-gamma-9april2018.pdf?ua=1>
9. Anses, Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité des enfants et des adolescents, 2020 sept 14 [Internet]. [cité 30 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2017SA0064-a.pdf>
10. Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité. Définitions [Internet]. [cité 30 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.onaps.fr/boite-outils-et-ressources/definitions/>
11. DICOM_Anne.G. Activité physique et santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 22 janv 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>
12. OMS. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 30 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
13. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genève. Organisation mondiale de la Santé. 2009.

14. OMS, Promouvoir l'activité physique au service de la santé : cadre d'action dans la Région européenne de l'OMS Vers une Europe physiquement plus active, 2006 sept 29.
15. Croutte P., Müller J., Baromètre national des pratiques sportives 2018.
16. Verdot C, Salanave B, Deschamps V. Activité physique et sédentarité dans la population française, situation en 2014-2016 et évolution depuis 2006-2007. BEH 15. 9 juin 2020;296-304.
17. Ministère des solidarités et de la santé, Plan National Nutrition Santé 2019-2023.
18. World Health Organization. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé. 2010.
19. Ministère des sports, Activité physique et sportive, santé et qualité des finances publiques. Sport Eco. Note d'analyse n° 11. 2018 janv 31.
20. DGOS. Obésité : prévention et prise en charge [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 23 janv 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/priorite-prevention-les-mesures-phares-detaillees/article/obesite-prevention-et-prise-en-charge>
21. Anses. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Avis de l'Anses, rapport d'expertise collective, février 2016 .
22. World Health Organization. More active people for a healthier world: global action plan on physical activity 2018-2030. 2018.
23. HAS, Rapport d'orientation, développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. 2011.
24. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Plan obésité 2010-2013. 2011 juil.
25. Ministère des solidarités et de la santé, ministère des sports, strategie nationale sport sante 2019-2024 .
26. Aide à la prise en charge médicale des activités physiques et sportives - MÉDICOSPORT-SANTÉ [Internet]. VIDAL. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
27. Haute Autorité de Santé - Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes, septembre 2018.
28. Sport santé normandie. [page consultée le 30/01/2021]. [en ligne]. <https://www.sportsantenormandie.fr>.
29. Bigot J, Larras B, Praznocy C et al. Sport santé sur ordonnance : contexte et exemples de mises en oeuvre. Clermont-Ferrand : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, Vichy : Pôle Ressources Sport santé bien-être ; octobre 2017. 64 p.

30. Sport santé sur ordonnance à Strasbourg [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.strasbourg.eu/sport-sante-sur-ordonnance-strasbourg>
31. Strasbourg eurométropole, Sport santé sur ordonnance, rapport d'activité 2016.
32. Weber A, Herzog F, Lecocq J, Feltz A, Pradignac A. P057: « Sport-Santé sur ordonnance ». Évaluation du dispositif strasbourgeois. *Nutr Clin Métabolisme*. déc 2014;28:S97-8.
33. Depiesse F, Doha M-C, Taiana B. Partie 3 : Retours d'expériences : des modèles variés. In: *Sport Santé Bien-être, enjeux et pratiques pour les territoires*. PUS;
34. Ufolep, cahier de l'animateur de marche nordique [Internet]. [cité 19 août 2020]. Disponible sur: http://www.cd.ufolep.org/pyreneesatlantiques/pyreneesatlantiques_d/data_1/pdf/ca/cahierdelanimateurmn.pdf
35. Henot G., Marche nordique dans les clubs de la fédération française d'athlétisme : quels bénéfices pour la santé des adultes et des séniors ? [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III ; 2016.
36. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-5.
37. Frappé P. Fiche 40 : Envisager le biais en recherche qualitative. In: *Initiation à la recherche*. 2ème édition. FAYR-GP; 2018.
38. Grover SA, Kaouache M, Rempel P, Joseph L, Dawes M, Lau DCW, et al. Years of life lost and healthy life-years lost from diabetes and cardiovascular disease in overweight and obese people: a modelling study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. févr 2015;3(2):114-22.
39. Matta J, Carette C, Rives Lange C, Czernichow S. Épidémiologie de l'obésité en France et dans le monde. *Presse Médicale*. mai 2018;47(5):434-8.
40. Le diktat des apparences [Internet]. CNRS Le journal. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: <https://lejournal.cnrs.fr/articles/le-diktat-des-apparences>
41. Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité, Rapport au président de la république. 2009 dec [Internet]. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/31090-commission-pour-la-prevention-et-la-prise-en-charge-de-lobesite-rappo>
42. Bombak AE. Obese persons' physical activity experiences and motivations across weight changes: a qualitative exploratory study. *BMC Public Health*. 14 nov 2015;15:1129.
43. Dishman RK, Sallis JF, Orenstein DR. The determinants of physical activity and exercise. *Public Health Rep Wash DC* 1974. avr 1985;100(2):158-71.
44. Toft BS, Uhrenfeldt L. The lived experiences of being physically active when morbidly obese: A qualitative systematic review. *Int J Qual Stud Health Well-Being*. janv 2015;10(1):28577.
45. Leone LA, Ward DS. A Mixed Methods Comparison of Perceived Benefits and Barriers to Exercise Between Obese and Nonobese Women. *J Phys Act Health*. mai 2013;10(4):461-9.

46. Miller WC, Koceja DM, Hamilton EJ. A meta-analysis of the past 25 years of weight loss research using diet, exercise or diet plus exercise intervention. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997;21:941—7.
47. Expertise collective. *Activité physique, prévention et traitement des maladies chroniques, synthèse et recommandations*. INSERM. 2019.
48. Trancart-Petri A. *Obstacles et facilitateurs de la pratique d'activité physique chez les personnes en surpoids ou obèses: étude qualitative auprès de patients et de leur médecin généraliste [Thèse d'exercice]*. Université de Nice. 2018.
49. Grondin É. *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 d'exercice]*. Université de Bordeaux. 2018.
50. Ly L. *Etude des motivations des patients à moyen et haut risque cardio-vasculaire à pratiquer une activité physique dans le cadre d'un dispositif de sport sur ordonnance en médecine générale [Thèse d'exercice]*. Université 1 UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE (PARIS 6). 2017
51. Chouchou F, Augustini M, Caderby T, Caron N, Turpin NA, Dalleau G. The importance of sleep and physical activity on well-being during COVID-19 lockdown: reunion island as a case study. *Sleep Med* [Internet]. 22 sept 2020 [cité 31 janv 2021]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389945720304172>
52. Werneck AO, Silva DR, Malta DC, Souza-Júnior PRB, Azevedo LO, Barros MBA, et al. Changes in the clustering of unhealthy movement behaviors during the COVID-19 quarantine and the association with mental health indicators among Brazilian adults. *Transl Behav Med*. 6 oct 2020.
53. Antunes R, Frontini R. Physical activity and mental health in Covid-19 times: an editorial. *Sleep Med* [Internet]. 15 oct 2020 [cité 31 janv 2021]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389945720304482>
54. Martinez EZ, Silva FM, Morigi TZ, Zucoloto ML, Silva TL, Joaquim AG, et al. Physical activity in periods of social distancing due to COVID-19: a cross-sectional survey. *Ciênc Saúde Coletiva*. oct 2020;25(suppl 2):4157-68.
55. 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*. sept 2008;16(5):511-20.
56. Lidegaard LP, Schwennesen N, Willaing I, Færch K. Barriers to and motivators for physical activity among people with Type 2 diabetes: patients' perspectives. *Diabet Med*. 2016;33(12):1677-85.
57. Laval D. *Etude des freins des patients diabétiques et/ou obèses à la poursuite d'une activité physique adaptée via une association dédiée [Thèse d'exercice]*. Université de Marseille; 2019.

58. C. Kanso, La prescription médicale d'activité physique adaptée : opinion et attentes des patients consultant des médecins généralistes dans les Yvelines. [Thèse d'exercice]. Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines ; 2020.
59. 10-year cumulative and bidirectional associations of domain-specific physical activity and sedentary behaviour with health-related quality of life in French adults: Results from the SU.VI.MAX studies | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 5 févr 2021]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0091743516300470?token=6AF08C7422AD0EBC578FCE666FB885876FC571E1C41B3DC66D7FE2E8DEF6F00360A33B930CCA7162CAE20FD1D4DC65CC>
60. Kreuter MW, Chheda SG, Bull FC. How Does Physician Advice Influence Patient Behavior?: Evidence for a Priming Effect. *Arch Fam Med*. 5 janv 2000;9(5):426.
61. Bull FC, Jamrozik K. Advice on exercise from a family physician can help sedentary patients to become active. *Am J Prev Med*. 1 août 1998;15(2):85-94.
62. Ackerman E, Falsetti SA, Lewis P, Hawkins AO, Heinschel JA. Motivational interviewing: a behavioral counseling intervention for the family medicine provider. *Fam Med*. sept 2011;43(8):582-5.
63. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot AJHP*. oct 1997;12(1):38-48.
64. Gault O. Évaluation et comparaison de la qualité de suivi de patients diabétiques de type 2 entre une maison de santé pluridisciplinaire ASALEE et un cabinet de groupe classique [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2019.
65. Pasquier L, Freins à la pratique d'une activité physique régulière chez les patients à risque cardiovasculaire suite à une prescription en soins primaires (Etude pilote d'un questionnaire-patient). [Thèse d'exercice]. Université de Paris Val-de-Marne. 2011.
66. INSERM. Activité physique : contextes et effets sur la santé, 2008 [Internet]. [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/expcol_2008_activite.pdf?s
67. Oxford Academic, Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: a review of qualitative studies. *Health Education Research* [Internet]. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: <https://academic-oup-com.ezproxy.normandie-univ.fr/her/article/21/6/826/608268>
68. Korhakangas E, Taanila AM, Keinänen-Kiukaanniemi S. Motivation to physical activity among adults with high risk of type 2 diabetes who participated in the Oulu substudy of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Health Soc Care Community*. 2011;19(1):15-22.
69. ONAPS, Confinement national lié à la Covid-19 : Recommandations de l'observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, 6 nov 2020.
70. Activité physique et sédentarité : évolution des comportements pendant le confinement (mars-mai 2020) – Rapport de l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, décembre 2020.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Introduction/présentation

Bonjour,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Je suis interne en médecine générale et je réalise mon travail de thèse sur le projet de sport-santé marche nordique Alençon. Nous nous rencontrons virtuellement aujourd'hui car vous avez accepté de participer à ce programme.

Afin de pouvoir mener à bien mon étude, j'ai besoin d'enregistrer notre discussion, sachez qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse et que toutes les informations que vous me donnerez seront bien sûr anonymisées, stockées sur un serveur sécurisé le temps de mon travail puis détruites. Etes-vous d'accord pour l'enregistrement ?

Questions d'anonymisation :

Age

Sexe

Pathologie

Ttt

Taille

Poids

Ville : distance par rapport à Alençon

Niveau d'étude

Situation professionnelle

Entretien semi-dirigé

1. SANTE DU PATIENT

Que pensez-vous de votre état de santé ?

Qu'est-ce que la santé pour vous ?

2. SANTE VUE PAR LE MEDECIN

Que pense votre médecin de votre état de santé ?

3. ACTIVITE PHYSIQUE EN GENERAL

Qu'est-ce que l'activité physique évoque pour vous ?

- Contrainte ou loisir ?

4. ACTIVITE PHYSIQUE DANS LA VIE DU PATIENT

Avez-vous déjà pratiqué une AP ?

Est-ce que vous aimeriez pratiquer une activité physique ?

- Pourquoi ?

5. ATTENTES PAR RAPPORT A L'ACTIVITE PHYSIQUE

Qu'est-ce que vous aimeriez qu'une activité physique vous apporte ?

6. CRAINTES PAR RAPPORT A L'ACTIVITE PHYSIQUE

Qu'est-ce que vous craignez ?

- Comment pensez-vous surmonter ces difficultés ?

7. MARCHE NORDIQUE EN GENERAL

Connaissez-vous la marche nordique ?

- Pouvez-vous m'en parler ?

8. MOTIVATIONS PAR RAPPORT AU PROJET

Qu'est-ce qui vous a amené à accepter de participer au projet ?

- Pour moi
- Pour mon médecin
- Rebondir sur les craintes et motivations données par le patient

9. MOTIVATIONS CACHEES

Le projet a été reporté, avez-vous, de votre côté, entrepris de commencer une activité physique ?

10. MOTIVATIONS A POURSUIVRE

Après le programme, pensez-vous continuer une activité physique ?

Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

Remerciements :

Merci beaucoup pour vos réponses et pour le temps que vous m'avez accordé. Si vous le souhaitez, je pourrai partager avec vous les conclusions de mon travail quand celui-ci sera terminé.

Nous vous tiendrons au courant quand le projet marche nordique Alençon sera opérationnel.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : PATRY-POUSSIN Audrey

TITRE DE LA THÈSE : Motivations et freins à la reprise d'une activité physique chez les patients obèses, dans le cadre du programme sport-santé marche nordique Alençon.

Introduction : L'activité physique est reconnue scientifiquement pour ses bénéfices physiques et psychologiques. Devant la part croissante d'obésité, la promotion de l'activité physique constitue un enjeu majeur de santé publique dans lequel le médecin généraliste joue un rôle essentiel. Un programme de sport-santé marche nordique est en projet à Alençon. Ce travail avait pour objectif de définir quelles étaient les motivations et les freins à la reprise d'une activité physique chez les patients obèses dans le cadre de ce programme.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir de 10 entretiens individuels semi-directifs. Les critères d'inclusions étaient : patients ayant accepté de participer au programme sport-santé marche nordique Alençon, âgés de plus de 18 ans, ayant un IMC supérieur à 30 et inactifs.

Résultats : Les principales sources de motivations étaient l'amélioration de la santé physique et psychologique, la recherche de lien social, le programme en lui-même était source de motivation par son aspect collectif, encadré et d'activité de plein air. Les principaux freins étaient la crainte de la douleur, le manque de temps et de confiance en soi. La crise sanitaire liée à la Covid-19 a été à la fois source de freins et de motivations.

Discussion : L'originalité de ce travail repose sur le fait qu'il n'y a, à notre connaissance, aucun travail réalisé sur ce sujet dans cette zone géographique avec ses particularités qui lui sont propres. Les résultats concordent avec ceux de la littérature.

Conclusion : Ce travail va permettre de proposer un programme qui répond aux attentes des participants afin de faciliter leur observance.

MOTS-CLÉS : activité physique, obésité, médecine générale, freins, motivations

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Motivations and obstacles to the resumption of physical activity in obese patients, as part of the Alençon sports-healthy Nordic walking program.

Introduction: Physical activity is scientifically recognized for its physical and psychological benefits. Faced with the increasing proportion of obesity, the promotion of physical activity is a major public health issue in which the general practitioner plays an essential role. It seemed interesting to propose a program of sport-healthy Nordic walking in Alençon. The objective of this work was to define what were the motivations and the obstacles to the resumption of physical activity for obese patients within the framework of this program.

Material and Method: This is a qualitative study based on 10 individual interviews. The selection criteria were : patients who had agreed to participate in the Alençon Nordic Walking Sports Health Program, aged over 18, with a BMI over 30 and inactive.

Results: The main motivations were the improvement of physical and psychological health and the search for social links, the programme itself was a source of motivation through its collective, supervised and outdoor activity aspect. The main obstacles were fear of pain, lack of time and lack of self-confidence. The Covid-19 health crisis has been a source of both obstacles and motivation.

Discussion: The originality of this work is that, as far as we know, there is no work done on this subject before in this geographical area with its own particularities. The results are similar with those of the previous medical reference studies.

Conclusion: This work will enable us to propose a programme that meets the expectations of the participants in order to facilitate their involvement.

KEYWORDS: physical activity, obesity, general medicine, obstacles, motivations