



HAL
open science

Quels sont les freins et leviers à la pratique d'activité physique chez les patients porteurs d'AOMI : étude qualitative auprès de 26 patients

Amandine Borderie

► To cite this version:

Amandine Borderie. Quels sont les freins et leviers à la pratique d'activité physique chez les patients porteurs d'AOMI : étude qualitative auprès de 26 patients. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03424973

HAL Id: dumas-03424973

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03424973>

Submitted on 10 Nov 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 CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
Pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

BORDERIE, Amandine

Présentée et soutenue publiquement le 11 mars 2021

QUELS SONT LES FREINS ET LEVIERS A LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ
PHYSIQUE CHEZ LES PATIENTS PORTEURS D'AOMI :
ÉTUDE QUALITATIVE AUPRES DE 26 PATIENTS

Directeur de thèse et Président du jury : Monsieur COUDEYRE Emmanuel,
Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-
Ferrand

Membres du jury :

Madame LAPORTE Catherine, Maître de Conférence des Universités, Médecine Générale,
UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur COMBE Pierre, Chef de Clinique, Chirurgie Vasculaire, CHU de Clermont-Ferrand

Madame CIVIALE-COUDORE Marie Ange, Praticien Attaché, Biologie Médicale et Anatomie
Pathologique, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
Pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

BORDERIE, Amandine

Présentée et soutenue publiquement le 11 mars 2021

QUELS SONT LES FREINS ET LEVIERS A LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ
PHYSIQUE CHEZ LES PATIENTS PORTEURS D'AOMI :
ÉTUDE QUALITATIVE AUPRES DE 26 PATIENTS

Directeur de thèse et Président du jury : Monsieur COUDEYRE Emmanuel,
Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-
Ferrand

Membres du jury :

Madame LAPORTE Catherine, Maître de Conférence des Universités, Médecine Générale,
UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur COMBE Pierre, Chef de Clinique, Chirurgie Vasculaire, CHU Clermont-Ferrand

Madame CIVIALE-COUDORE Marie Ange, Praticien Attaché, Biologie Médicale et Anatomie
Pathologique, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **FOGLI** Anne
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - RIBAL Jean-Pierre - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOIX Alain - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes

M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mlle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne

PROFESSEURS DE
1ère CLASSE

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médica
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

**PROFESSEURS DE
2^{ème} CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie – Mycologie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire

M. LACHAL Jonathan
M. MOUSTAFA Farès

Pédopsychiatrie
Médecine d'Urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M. PIZON Franck	Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laura	Médecine Générale

REMERCIEMENTS ET DEDICACES

Aux membres du jury

A Monsieur le Professeur Emmanuel COUDEYRE,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Vous m'avez accueillie dans votre service lors d'un stage d'externat et depuis j'ai toujours trouvé une écoute attentive de votre part. Veuillez recevoir ici le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

A Madame Catherine LAPORTE,

Merci de l'honneur que vous me faites d'être présente à mon jury de soutenance, et de représenter la Médecine Générale. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur Pierre COMBE,

Tu as été l'un des premiers à me faire découvrir la médecine en stage, merci pour ta pédagogie et ta gentillesse. Merci infiniment d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse, j'en suis très honorée et t'assure de ma profonde reconnaissance.

A Madame Marie Ange COUDORE,

Vous étiez la présidente du jury de ma Thèse de Docteur en Pharmacie il y a bientôt huit ans, et vous m'avez toujours encouragée dans mes projets. Merci d'être là encore aujourd'hui et de me faire le plaisir de vous avoir dans ce jury.

Dédicaces personnelles

A Madame la Professeur Duclos, je vous remercie très sincèrement de m'avoir permis de réaliser la FST de Médecine du Sport et de m'avoir accueillie dans votre service. Soyez assurée de ma considération et de ma profonde reconnaissance.

Au Professeur Rosset, merci de m'avoir permis de réaliser les entretiens auprès de vos patients dans votre service, soyez assuré de ma reconnaissance.

Aux professeurs Clément, Bottet, au Docteur Bouillon et à toute l'équipe du DMG, merci de votre aide tout au long de mon internat.

Aux Docteurs Roch, Vargas, Klotz, Touzery, Meunier, merci de m'avoir accueillie en stage, vous êtes des médecins remarquables.

Aux équipes du SAU, du SMA et de Rhumatologie de Montluçon, et au service de Gynécologie de St-Flour, merci de m'avoir transmis vos connaissances, toujours dans la bonne humeur.

A toute l'équipe de MPR et de Médecine du Sport, merci de votre aide, de votre gentillesse et de vos compétences.

A mes co-internes et amis, avec qui j'ai passé de bons moments, merci de votre présence pendant toutes ces années.

A mes parents, qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de mon cursus, qui ont toujours cru en moi, merci de votre amour, de vos encouragements, de vos conseils, je vous en serai toujours reconnaissante.

A ma sœur Caroline, avec qui j'ai partagé tant de bons moments, notamment avec nos animaux.

A papy et mamie Marie, pour m'avoir toujours si bien accueillie, et pour tous ces bons souvenirs, et pour m'avoir toujours encouragée pendant toutes ces études, tout simplement merci.

A Régine, Jacques, Maxime, merci de m'avoir accueillie si souvent et pour ces agréables réunions de famille passées tous ensemble.

A toute la famille, merci d'être toujours avec moi, et pour ces moments de bonheur.

A Maxime, merci d'avoir été là et d'avoir rendu, malgré les difficultés, ces études heureuses.

A Corinne, Pascal et Marion, merci de votre gentillesse et votre soutien.

A tous mes animaux, pour avoir partagé cette aventure avec moi, merci pour ces moments de bonheur.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	13
LISTE DES ABREVIATIONS.....	14
INTRODUCTION.....	15
MATERIEL ET METHODE.....	18
1. Type d'étude.....	18
2. Recrutement.....	18
3. Collecte des données et guide d'entretien.....	18
4. Protocole d'étude.....	19
5. Analyse des données.....	19
6. Considérations éthiques.....	20
RESULTATS.....	21
1. Description de la population recrutée.....	21
2. Les freins.....	22
2.1. Les freins physiques.....	22
2.2. Les freins psychologiques.....	22
2.3. Les freins socio-environnementaux.....	24
3. Les leviers.....	24
3.1. Les leviers physiques.....	24
3.2. Les leviers psychologiques.....	25
3.3. Les leviers socio-environnementaux.....	26
4. Synthèse des principaux freins et leviers.....	28
DISCUSSION ET ANALYSE.....	29
1. Analyse des principaux résultats.....	29
2. Forces et faiblesses de l'étude.....	32
CONCLUSION.....	35
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	36
ANNEXE I : Traduction française des lignes directrices COREQ.....	39
ANNEXE II : Questionnaire sociodémographique.....	41
ANNEXE III : Formulaire d'information fourni aux patients.....	43
ANNEXE IV : Formulaire de non opposition.....	45
ANNEXE V : Avis éthique.....	46

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableaux :

Tableau I : Caractéristique des patients.....	21
Tableau II : Principaux freins et leviers et nombre de citations	28

Figures :

Figure 1 : Grille d'entretien.....	19
------------------------------------	----

LISTE DES ABREVIATIONS

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

AP : Activité Physique

ETP : Education Thérapeutique du Patient

IPS : Index de Pression Systolique

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'activité physique comme « tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique ». Cela peut donc inclure les activités sportives, mais également les activités quotidiennes comme le ménage, les courses ou le jardinage, qui ne nécessitent pas d'efforts intenses. (1) L'activité physique est à distinguer du sport qui est une forme particulière d'activité physique ; le sport correspond à un ensemble d'exercices physiques se présentant sous forme de jeux individuels ou collectifs, donnant généralement lieu à compétition, pratiqués en observant certaines règles précises. (2) Les données de la littérature montrent que l'exercice physique est primordial dans la prévention primaire et secondaire de nombreuses maladies chroniques, en particulier les maladies cardiovasculaires. (3,4)

L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) concerne environ 30 % de la population de plus de 70 ans et est en pleine expansion en raison du mode de vie et du vieillissement de la population. (5) Elle est caractérisée par un rétrécissement du calibre des artères à destination des membres inférieurs dont le meilleur témoin est la chute de l'index de pression systolique (IPS). Un IPS inférieur à 0,90 est retenu comme seuil diagnostique d'une AOMI. (6) Les personnes atteintes d'AOMI sont souvent limitées tant dans la vitesse que dans la durée de leurs déplacements. (7)

L'entraînement physique est un traitement efficace de la manifestation clinique la plus fréquente de l'AOMI, la claudication. Les programmes d'exercice physique donnent des résultats significatifs sur l'amélioration du temps de marche et la distance. (8) En général, trois différents modèles d'organisation sont décrits dans la littérature : (9)

- une simple recommandation à l'entraînement à la marche ; mais qui a des limites d'efficacité du fait de la faible adhésion des patients.

- un programme d'exercices supervisés ; on retrouve le plus souvent la marche sur tapis roulant (protocole de Strandness). (10)

- un programme d'exercices que le patient va exécuter en autonomie à son domicile.

Une étude montre que les programmes d'exercice physique procurent un bénéfice important pour améliorer la distance de marche sans douleur et la distance de marche maximale chez des personnes souffrant de douleurs de jambe en raison d'une claudication intermittente et jugées aptes à la pratique d'exercice. (11)

L'exercice, même non supervisé et de faible intensité, doit être recommandé et encouragé pour tous les patients atteints sans contre-indications. Cependant plusieurs facteurs comme les comorbidités médicales et la volonté des patients de participer et d'adhérer limitent l'impact de programmes d'exercices supervisés. (12) En 2003, l'OMS a mis en évidence la faible adhésion des patients présentant des maladies chroniques aux prescriptions qui leurs étaient faites, avec les conséquences négatives sur leur maladie. (13) Chez les patients atteints d'AOMI, pour lesquels l'activité physique telle que la marche est primordiale, la faible adhésion potentielle peut être considérée comme une véritable difficulté.

En cas d'AOMI, la HAS et la Fédération Française de Cardiologie recommandent des interventions non médicamenteuses, dont l'exercice physique quotidien d'intensité et l'éducation thérapeutique structurée, justifiée par la nécessité de changements de mode de vie importants (arrêt du tabac, changement de régime alimentaire,...), d'une bonne compliance aux traitements et du diagnostic précoce des symptômes cardiovasculaires. (14,15)

L'analyse de la littérature montre que la pratique régulière de l'activité physique repose sur une pluralité de facteurs environnementaux, sociodémographiques, liés à la santé et psychologiques. (16, 17, 18, 19) Ces facteurs peuvent être négatifs, comme la douleur (lombalgie, arthrose...), la météo, le transport, le coût, les fausses croyances, l'isolement, l'âge, l'estime de soi... ou positifs, comme le bienfait qu'on attend, physique ou social ou le rôle du médecin. Certains

facteurs peuvent être positifs ou négatifs, comme l'influence de l'entourage.

De nombreux obstacles ressentis peuvent donc venir limiter la pratique régulière de l'activité physique, et il faut alors prodiguer des conseils et réaliser de l'éducation thérapeutique pour essayer de lever ces freins. (20)

Très peu d'études ont été publiées sur le sujet. Une étude canadienne de 2008 concernait uniquement la marche chez 15 patients souffrant de claudication intermittente, recrutés dans un établissement spécialisé dans le traitement de l'AOMI au Canada. Quinze patients âgés volontaires, répartis en 3 groupes de discussion, ont répondu à une série de 12 questions ouvertes. Cette étude n'a pas pris en compte les autres pathologies associées, et a pris en compte seulement la marche, et pas l'activité physique en général. (21)

Une autre étude qualitative a été publiée en Angleterre en 2017 concernant les freins et leviers à la pratique d'un programme d'exercices supervisés chez les patients artéritiques avec claudication intermittente. (22) Cette étude, réalisée en rétrospectif, après entraînement, sur 25 patients sur les 422 éligibles, retrouvait essentiellement les motifs de refus ou d'abandon au programme (horaire fixés, lieu, problème de transport et coût), mais s'est peu intéressée aux facilitateurs. De plus cette étude concerne exclusivement des patients pris en charge dans un centre pour réaliser un programme d'exercices supervisés d'une durée de 3 mois. Elle n'analyse pas les barrières et motivations des patients à l'activité physique de manière autonome au domicile, à priori.

L'objectif principal de notre travail est d'explorer au moyen d'une enquête qualitative les freins et les leviers à la pratique régulière d'activité physique chez les patients atteints d'AOMI n'ayant pas bénéficié d'une prise en charge spécifique.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, prospective, basée sur des entretiens individuels semi dirigés, réalisée au CHU de Clermont-Ferrand, de juillet à septembre 2020. Cette étude a été menée et rapportée selon les recommandations de la COREQ (annexe I). (23)

2. Recrutement

Les patients ont été recrutés dans le service de chirurgie vasculaire et dans le service de médecine physique et de réadaptation du CHU de Clermont-Ferrand, directement par l'enquêteur, au fil de leur prise en charge dans le service, où les entretiens ont été réalisés.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : présenter un diagnostic d'AOMI (IPS cheville-brachial $< 0,9$), quel que soit le stade ; ne pas présenter de contre-indication à la pratique d'exercice physique. Nous avons exclu les personnes présentant des difficultés de compréhension ou de faibles compétences en français, et les patients amputés de membre inférieur.

3. Collecte des données et guide d'entretien

Des données nominatives ont été recueillies pour chaque patient atteint d'AOMI, avec un court questionnaire socio démographique pour caractériser l'échantillon (annexe II).

Un guide d'entretien semi directif a été construit à partir d'une analyse de la littérature scientifique et s'inspirant des travaux existants. (16, 18) La grille d'entretien (figure 1) servait de fil conducteur et différentes questions étaient abordées : la représentation de l'activité physique pour le patient ainsi que les différences de perception entre activité physique et sport, la place du sport et de l'activité physique dans la vie du patient, l'idée personnelle perçue entre activité physique et AOMI et leur compatibilité estimée, l'identification des freins et leviers perçus par le patient à la pratique d'activité physique régulière.

1. Pour vous, qu'est-ce que l'activité physique ?
2. Qu'est-ce que le sport pour vous ?
3. Pratiquiez-vous un sport antérieurement ?
4. Quelle est la place de l'activité physique dans votre vie quotidienne ?
5. Pensez-vous que l'activité physique soit compatible avec l'AOMI ?
6. Qu'est-ce qui vous motive à pratiquer une activité physique ?
7. Qu'est-ce qui vous freine à pratiquer une activité physique ?

Figure 1 : grille d'entretien

4. Protocole d'étude

Chaque patient a bénéficié d'un entretien individuel, en présence uniquement du chercheur. Le but des entretiens individuels était de permettre aux patients de s'exprimer librement sur l'AOMI et l'activité physique. L'utilisation de questions ouvertes lors de l'entretien, effectué par une interne en médecine (en FST médecine du sport) formé à la recherche qualitative, permet d'obtenir des réponses individualisées, tout en s'assurant que les thèmes retenus sont bien abordés. (24) Le guide d'entretien a été préalablement testé sur des personnes ne participant pas à l'étude pour s'assurer de la bonne compréhension des questions. L'interviewer n'avait pas de relation avec les patients atteints d'AOMI avant leur recrutement et n'était pas impliqué dans la gestion des soins. Les données recueillies ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone et intégralement retranscrites manuellement au format texte. (25) Des notes de terrain ont été prises pendant les entretiens. L'étude s'est terminée lorsque la saturation des données a été atteinte.

5. Analyse des données

Les données ont été analysées manuellement, par l'enquêteur, en les codant selon la méthode de triangulation des données : la première étape consistait à lire les transcriptions textuelles des différents entretiens, et à déposer chaque phrase/idée en différentes catégories. La deuxième

étape consistait à regrouper les catégories en thèmes. La troisième étape était consacrée à l'assemblage de ces thèmes pour former des concepts plus généraux. Les thèmes ont donc été déterminés à partir des données.

Les données ont été analysées progressivement parallèlement aux entrevues (la collecte et l'analyse des données ont été effectuées simultanément).

6. Considérations éthiques

Une information orale et écrite sur l'étude a été remise à chaque patient préalablement aux entretiens (annexe III). Les patients ont été prévenus qu'ils étaient libres d'accepter ou de refuser de participer, et que cela n'influencerait pas la qualité des soins qui leur seraient prodigués. En complément, la non opposition des participants à l'étude ainsi que la non opposition à l'enregistrement audio ont été recueillis par écrit (annexe IV). Les données ont été rendues anonymes et les fichiers audio ont été détruits après retranscription et réalisation des verbatims.

L'étude a reçu l'approbation du CPP Sud Est VI , Clermont Ferrand (N 2020/CE99) (annexe V). Un enregistrement à la CNIL est en cours.

RESULTATS

1. Description de la population recrutée

Lors du recrutement, tous les patients ont accepté de participer à l'étude ; un patient a été exclu en raison d'une amputation de membre inférieur. Vingt-six patients ont participé à l'étude. La saturation des données a été obtenue après 22 entretiens, puis confirmée par 4 entretiens supplémentaires. Les entretiens ont duré en moyenne 25 minutes (14 à 42 minutes).

Les caractéristiques des patients sont résumées dans le tableau I. La grande majorité des patients présente plusieurs des facteurs de risque d'AOMI : tabagisme, hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie, âge et sexe masculin. (26, 27)

Tableau I : Caractéristique des patients

Variabes	Nombre de patients N=26
Sexe Homme/ Femme	20/6
Age en années Moyen/ Ecart type	70±11
Durée d'évolution de l'AOMI Durée moyenne/ Ecart type <5 ans / 5-10 ans / > 10 ans	10±7 8/7/11
HTA Oui	22 (85%)
Tabac Actif/ Sevré/ Non	6/14/6
Diabète Oui	12 (46%)
Dyslipidémie Oui	12 (46%)
Alcool Oui	16 (62%)
Corpulence IMC (moyen/ Ecart type) Corpulence normale/ Surpoids/ Obésité	23±6 13/7/6
Stade AOMI Stade 1/ Stade 2/ Stade 3/ Stade 4	0/4/11/11
Revascularisation Oui	21 (81%)
EVA /10 à l'effort <3/ 3 à 6 / >6	8/10/8
Pratique d'une activité physique régulière Oui	17 (65%)

2. Les freins

Trois grandes catégories de freins à la pratique d'activité physique sont ressorties, à savoir les limites physiques, psychologiques et socio-environnementales.

2.1. Les freins physiques

La douleur apparaît comme un frein majeur à la pratique de l'activité physique. « *Je marche et ça y est, j'ai mal, ça me fait boiter* » ; « *La douleur elle arrive dès le départ, je fais peut-être 50 mètres, ça y est, ça recommence* ». La douleur impacte non seulement l'activité physique, mais également l'ensemble de la vie quotidienne. « *Je dors pas mal, pas ces derniers temps car j'avais mal aux jambes donc automatiquement, disons c'était surtout pour m'endormir* ».

D'autres pathologies associées à l'AOMI sont responsables d'une diminution de la pratique d'activité physique chez certains patients. Parmi les comorbidités retrouvées, deux patients présentent des troubles de l'équilibre, un autre est en dialyse. Plusieurs sont diabétiques, dont un a perdu la vue suite à une rétinopathie diabétique, un patient est en fauteuil roulant.

Certains patients ne peuvent plus ou pensent ne plus pouvoir avoir une activité physique, à cause de leur âge. « *La place de l'activité physique, presque rien, en vieillissant on n'a plus trop envie...* » ; « *ce qui limite : la vieillesse* ».

Les troubles trophiques comme les ulcères artériels sont des complications de l'AOMI qui limitent la pratique d'activité physique, et peuvent gêner les activités de la vie quotidienne. « *Les ulcères, tout de suite je ne peux pas poser mes talons, donc ça limite tout* ».

La fatigue a été citée comme frein à la pratique d'activité physique. « *Je me fatigue très vite* » ; « *ce qui limite, être fatiguée plus vite, être KO* ».

2.2. Les freins psychologiques

Parmi les freins cognitifs, on peut citer les croyances erronées. Beaucoup de patients distinguent

mal activité physique et sport, et confondent les deux. « *Pour moi l'activité physique c'est le sport* » ; « *Pour vous y a-t-il une différence entre sport et activité physique? Pour moi c'est pareil* » . Un patient ne comprend pas les bienfaits de l'activité physique et ne voit pas ce que peut lui apporter la pratique de l'activité physique, et la confond avec le sport. « *Si on a déjà mal, je ne vois pas bien le but de faire du sport* ». Le discours des professionnels de santé peut être mal compris ou mal interprété par le patient, ce qui va avoir un effet négatif. « *Avec ce que j'ai à mon cœur, on m'a conseillé de ne pas forcer, donc c'est un peu contradictoire, d'un côté vous forcez, de l'autre il ne faut pas forcer, alors quoi faire ?* ».

Certains patients ont montré un manque d'envie et de motivation, une certaine lassitude à pratiquer de l'activité physique. « *Avant, je faisais tout, maintenant, j'ai plus envie* » ; « *ce qui manque, la motivation, un peu tout* ».

Pour certains patients, les expériences négatives, le sentiment d'incapacité sont mis en avant. Des patients ont tenté de poursuivre ou reprendre une activité physique, mais cette expérience s'est révélée néfaste ou infructueuse. « *Je m'étais acheté un vélo d'appartement, mais je n'en ai pour ainsi dire pas fait parce que la première fois, je n'ai pas tenu ne serait-ce qu'une demi minute* ». Un faible niveau d'efficacité personnelle perçue (self-efficacy) peut également limiter la pratique d'activités au quotidien. « *Le sentiment de ne pas être capable de faire quelque chose, oui j'ai déjà ressenti ça* ».

Les peurs sont également évoquées comme freins à l'activité physique. Une des conséquences de la douleur est la cinésiophobie qui peut entraîner une anticipation d'une éventuelle douleur. Un patient limite ses activités physiques par peur de survenue de douleurs. « *Entreprendre un truc parce qu'on sait qu'on va avoir mal partout* » . Un autre ne veut pas prendre de risques. « *J'ai peur de monter sur un escabeau, j'ai peur de certaines choses, je préfère ne pas le faire plutôt que de me retrouver par terre avec je ne sais quoi* ».

2.3. Les freins socio-environnementaux

La météo peut avoir un impact sur la pratique d'activité physique, surtout lors des activités en extérieur. « *On marche 1 heure par jour, quand on peut, si ça fait de l'orage ou ça tombe à plein temps, non* ». La chaleur ou le froid sont aussi cités.

Une diminution de la vitesse de marche, la peur de gêner les autres freinent la pratique d'activité physique. Certains patients réalisent l'activité physique plus doucement que leur entourage, et ont peur de montrer leurs capacités qu'ils trouvent insuffisantes. « *Mon mari trouve que je traîne trop par rapport à lui. Il vaut mieux que j'aie seule marcher à mon rythme* » ; « *Mes amis vont m'attendre et ça ne sera pas intéressant pour eux. C'est un frein pour moi* ».

L'isolement, le faible réseau social sont aussi retrouvés. Le fait de vivre seul a plusieurs fois été souligné comme manque de motivation. « *Je n'ai pas d'encouragement de mon entourage à reprendre une activité physique, je vis tout seul* ».

Un patient a révélé un manque de motivation à pratiquer une activité physique, car il faisait un travail physique, qui pouvait être un facteur déclenchant les douleurs, un autre ayant un emploi physique souhaite actuellement se reposer. Un patient travaillait beaucoup et était trop fatigué ensuite. « *En fin de semaine j'étais crevé, je ne pouvais pas courir encore sur un terrain* ».

Un patient donne comme raison un manque de temps. « *Et qu'est-ce qui vous freine dans le fait de pratiquer une activité physique ? C'est le manque de temps* ». Un autre a peu de temps libre et en profite pour se reposer.

3. Les leviers

3.1. Les leviers physiques

Les leviers physiques correspondent aux bénéfices physiques directs.

L'activité physique est vue comme bénéfique pour la santé. « *Je me dis que si je ne fais pas*

d'activité physique, j'aurai d'autres problèmes ». Certains patients sont persuadés que c'est pire sans activité physique. « *Il faut en faire, parce que si on reste sans bouger, on finit de s'ankyloser, et c'est encore pire* » ; « *Je sais que si je bouge, ça ne peut qu'aller mieux* ». La pratique de l'activité physique est vue aussi comme une aide à l'entretien de soi, ou comme moyen de récupérer du souffle. « *Je me sens mieux, plus en forme. Moins essoufflé aussi, peut-être* ».

L'activité physique peut permettre de diminuer les douleurs. C'est même parfois la motivation. « *Mes motivations, ne pas avoir mal* ».

Beaucoup de patients interrogés pensent que le recours à l'activité physique peut améliorer leur AOMI ; d'autres y voient des bénéfices sur leurs artères. « *Disons je pense que l'activité physique participe à donner peut-être une certaine souplesse aux artères, à les aider à fonctionner un petit peu mieux* ». Un malade voit dans l'activité physique une solution à sa maladie et veut la saisir. « *Ah, écoutez, je suis passé près de l'amputation, et encore le couperet est au-dessus de ma tête, et si jamais je m'en sors, je peux vous dire que je ferai le maximum de ce que je peux faire* ». Certains patients sont conscients que la pratique d'activité physique peut « *éviter une récurrence* ».

3.2. Les leviers psychologiques

La reprise d'une activité physique est pour de nombreux patients associée à une certaine notion de plaisir : « *Pour moi, le fait de marcher est associé à la notion de plaisir* » ; « *Le fait de sortir le chien, d'aller me promener, c'est associé à une notion de plaisir* ».

Plusieurs patients décrivent une sensation de sérénité, de bien être lors de la pratique d'activité physique. Le simple fait de marcher peut procurer du bien-être. « *Faire un peu d'activité physique pour être bien dans sa peau* ».

La volonté de retrouver son aptitude physique d'avant est citée. Un certain nombre de patients ont exprimé le souhait de pouvoir revivre comme avant. « *J'aimerais bien retrouver mon activité* », d'avoir leur activité physique antérieure, ou de profiter de l'exercice pour leur santé. « *Reprendre une activité physique me permettrait de perdre du poids* ».

Certains ont la volonté de pratiquer une activité physique et montrer qu'ils en sont capables. « *Y-a-t-il d'autres choses qui vous motivent ? Oui, c'est d'être capable de faire quelque chose* » ; « *que je puisse couper l'herbe moi-même* ».

3.3. Les leviers socio-environnementaux

Le rôle des professionnels de santé est important. Certains patients ont rapporté que leur médecin les encourageait à avoir une activité physique, même peu intense. « *Tous les ans, à la visite médicale, le docteur me dit que ça serait bien d'avoir une activité physique* » ; « *Le professeur qui m'avait opéré, et le cardiologue, m'avaient incité à pratiquer plus de sport* ».

La pratique en groupe et le lien social sont source de motivation. « *C'est pas marrant de marcher tout seul. Et du coup, le fait de sortir à plusieurs, ça motive* ». Une patiente n'aime pas marcher seule et marche avec une amie d'enfance. « *Le fait d'être à plusieurs, c'est motivant* ». La reprise de l'activité physique a été plusieurs fois citée comme facteur permettant de rencontrer d'autres personnes, ce qui est aussi une motivation. « *Pour vous, qu'est-ce qui pourrait vous motiver à faire une activité physique ? La compagnie surtout* ».

L'entourage est pour certains patients une aide précieuse par ses encouragements. « *Et qu'est-ce qui pourrait vous motiver ? Je ne sais pas, les copains, la famille, avoir du monde autour de moi* ». Pour plusieurs patients, le conjoint peut aussi participer et c'est un plus. « *Votre femme, elle vous encourage ? Oui, beaucoup. Heureusement qu'elle est là d'ailleurs* ».

Promener le chien, se reconnecter avec la nature sont des leviers retrouvés. La promenade du

chien, par son caractère obligatoire, est toujours une source de motivation pour les patients en possédant. C'est même parfois la seule évoquée. « *J'ai acheté ma chienne exprès pour m'obliger à marcher* » ; « *Je promène mon chien tous les jours* ». Un patient a profité de la promenade de sa chienne pour sortir un maximum pendant le confinement. Des patients profitent d'activité physique en plein air pour se reconnecter avec la nature. « *J'ai une activité qui domine le reste, c'est le jardinage* » ; « *me reconnecter avec la nature* ».

Les obligations de la vie quotidienne participent à l'activité physique. Le fait de reprendre une activité physique même modérée va permettre de refaire les occupations quotidiennes nécessaires. « *Oh moi, j'aime bien faire la cuisine, et puis un peu de ménage, ... les vitres, tout ça, c'est bien moi qui les fait* ». Une patiente veut remettre sa maison en ordre. « *Que ma maison soit un petit peu rangée, un petit peu en ordre, avec la pagaille qu'il y a en ce moment* ». Un patient veut libérer sa femme des tâches qu'il faisait avant. « *Je pense à faire ce qu'il faut pour guérir afin d'aider ma femme, car c'est pas à ma femme de passer la tondeuse* ».

L'activité physique permet de passer le temps, de se distraire. Certains patients utilisent l'exercice physique comme moyen de passer le temps, et cela a été amplifié par le confinement, pendant lequel la sortie « sport » ou « animaux » était quasiment la seule distraction. Un patient le fait comme ça pour s'occuper. « *Oh c'est de moi-même, je ne peux pas trop rester sans rien faire* ». Une patiente ferait si elle pouvait plus d'activité pour sortir de chez elle. « *Si je pouvais, je ferais des balades beaucoup plus longues et beaucoup plus fréquentes avec ma chienne* ».

Un autre levier est de retrouver les activités avec les petits-enfants. Une des motivations rapportées par les patients, qui sont pour la plupart âgés et ont souvent des petits-enfants, c'est de pouvoir recommencer à s'occuper d'eux, à jouer avec eux. « *Qu'est-ce qui vous motive à pratiquer une activité physique, à part tout ce que vous faites dans la journée ? C'est pour accompagner les enfants, surtout dans leurs jeux* ».

4. Synthèse des principaux freins et leviers

Tableau II : Principaux freins et leviers et nombre de citations

	Nombre de Citations	Spécifique de l'AOMI	Non spécifique de l'AOMI
FREINS			
- Freins physiques			
* Douleur (claudication)	10	X	
* Comorbidités	6		X
* Age	4		X
* Complication de l'AOMI (ulcères)	2	X	
* Fatigue	2		X
- Freins psychologiques			
* Freins cognitifs	12		X
- Croyances erronées	10		X
- Non compréhension des bienfaits	1		X
- Interprétations erronées, discours contradictoires	1		X
* Manque d'envie et de motivation	11		X
* Expériences négatives, sentiment d'incapacité	4		X
* Peurs (cinésiophobie et anxiété anticipatoire)	2		X
- Freins socio-environnementaux			
* Météo	5		X
* Diminution de la vitesse de marche, peur de gêner les autres	4	X	
* Isolement, faible niveau social	3		X
* Travail déjà physique	3		X
* Manque de temps	2		X
LEVIERS			
- Leviers physiques			
* Activité physique : bénéfique pour la santé	6		X
* Diminuer les douleurs	4		X
* Améliorer l'AOMI	4	X	
- Leviers psychologiques			
* Notion de plaisir	12		X
* Sentiment de sérénité	5		X
* Volonté de retrouver son aptitude physique d'avant	3		X
* Volonté de pratiquer une activité physique et montrer qu'on en est capable	2		X
- Leviers socio-environnementaux			
* Rôle des professionnels de santé	9		X
* Pratique en groupe et lien social	8		X
* Encouragement de l'entourage	6		X
* Promener le chien et se reconnecter avec la nature	6	X	
* Obligations de la vie quotidienne	5		X
* Passer le temps	5		X
* Retrouver les activités avec les petits enfants	4		X

DISCUSSION ET ANALYSE

1. Analyse des principaux résultats

Nous avons analysé les freins et leviers à la pratique d'activité physique chez les patients atteints d'AOMI. Cette étude montre la multiplicité des facteurs influençant la pratique de l'activité physique chez ces patients. Nous avons essayé de cerner les freins ressentis comme des obstacles à cette pratique, et de mettre en évidence les leviers permettant au contraire de la favoriser.

Concernant les freins, ce sont les freins physiques qui apparaissent comme les plus importants et les plus spécifiques.

Ce sont les freins spécifiques de l'AOMI et intrinsèques les plus fréquemment cités pendant les entretiens. La douleur des membres inférieurs ressort comme le frein majeur à la pratique de l'activité physique. Sont citées également les complications (comme les ulcères) et la diminution de la vitesse de marche.

De nombreux obstacles ressentis ne sont pas spécifiques de l'AOMI, mais sont retrouvés dans d'autres pathologies nécessitant une activité physique. Ce sont la fatigue, l'âge, le manque de temps, le manque d'intérêt, la météo, l'isolement, la crainte de blessure ou de douleurs. (28)

Parmi les freins non spécifiques de l'AOMI, il s'agit majoritairement de freins intrinsèques. Les comorbidités reviennent assez fréquemment, mais on retrouve aussi l'âge des patients ou un sentiment de fatigue.

Les freins psychologiques sont essentiellement représentés par un manque de motivation ou un manque d'envie. On trouve également les confusions entre sport et activité physique, qui font que les patients peuvent refuser l'activité physique en la pensant trop intense pour eux. On va retrouver aussi des expériences négatives de patients ayant déjà essayé et abandonné par manque de résultats, la peur d'une chute ou d'une blessure. Ces freins psychologiques sont variés et souvent cités seuls ou en complément des freins physiques.

Il existe d'autres freins non spécifiques à l'AOMI, qui sont pour la plupart des freins extrinsèques :

Les freins socio-environnementaux ont été mis en cause par certains patients. On va retrouver la météo, l'isolement qui fait qu'on ne trouve personne pour partager l'activité, le travail trop prenant ou trop fatiguant, ou un manque de temps.

A l'analyse de ces freins, il est évident que beaucoup sont surmontables en mettant l'accent sur les côtés positifs apportés par l'activité physique. Le médecin doit à ce niveau donner pour chaque obstacle ressenti le conseil qui va permettre de lever cette réticence.

L'analyse de la littérature concernant les patients atteints d'AOMI retrouve comme principaux freins à la réalisation d'un programme d'activité physique supervisé (22), essentiellement des freins liés aux contraintes imposées par la réalisation en centre spécialisé (lieux et horaires imposés, transport et son coût).

D'autres freins vont obliger à recourir à des leviers spécifiques, notamment ceux qui permettront de lever les freins que sont la douleur et les complications de l'AOMI.

Pour les leviers :

Les leviers spécifiques intrinsèques : Des patients espèrent améliorer leur AOMI en pratiquant de l'activité physique de façon régulière.

Les leviers spécifiques extrinsèques : La promenade du chien a souvent été mise en avant comme motivation à la marche chez les propriétaires de chiens, surtout pendant le confinement.

Les leviers non spécifiques intrinsèques : on retrouve notamment des leviers physiques, avec les bénéfices de l'activité physique attendus sur l'évolution de la maladie. Ces bénéfices ont été largement démontrés dans la littérature et ne sont plus à prouver. De nombreux patients pensent qu'ils tireraient des bénéfices physiques directs de la pratique d'une activité physique et en attendent des effets sur leur maladie et leur santé. Mais ils ne sont pas forcément prêts à le faire.

Des facteurs psychologiques, comme la notion de plaisir, le sentiment de sérénité sont souvent mis en avant comme motivation. Le plaisir provoqué par l'activité physique est propre à chacun, et il est donc important de cerner ce qui va provoquer ce plaisir, l'activité elle-même, les progrès accomplis, le dépassement de soi... pour proposer un programme d'exercices adapté au patient. Pour certains, ce sont des facteurs environnementaux comme le fait de passer le temps, en particulier pendant le confinement, qui ont été exprimés, pour d'autres, c'est la possibilité de pouvoir partager à nouveau des activités avec leurs petits-enfants.

Les leviers non spécifiques extrinsèques : Les encouragements des professionnels de santé ou des proches sont souvent cités. Certains patients mettent en avant la pratique de l'activité physique, notamment la marche, en couple ou en groupe. Certains profitent de ces moments pour rencontrer d'autres personnes, ou s'en servent simplement de motivation. Pour d'autres, c'est l'obligation de faire face aux activités de la vie quotidienne qui motive la pratique de l'activité physique. Une part importante de cette activité est d'ailleurs représentée par les activités physiques de la vie quotidienne (marche, courses, escaliers, jardinage, bricolage, travaux domestiques) qui sont d'une intensité modérée et font qu'elles passent presque inaperçues. Ces activités créent une confusion, car elles ne sont souvent pas considérées comme des activités physiques.

Le rapport de l'INSERM en 2019 indique que la motivation et l'adhésion à une activité physique régulière sont l'enjeu majeur de la pratique d'activité physique chez les personnes atteintes de maladies chroniques. (29) L'engagement est principalement motivé par le plaisir et l'intérêt trouvés, ainsi que les croyances en terme de bénéfices perçus. A l'inverse, le manque de connaissances sur les effets positifs de l'activité physique peut empêcher son initiation ou son maintien.

Rôle du médecin :

Lors des entretiens avec les patients, le médecin doit les encourager à pratiquer des activités

physiques, en fonction d'objectifs réalistes et réalisables sur le long terme. Pour cela il doit poser des questions ciblées, comme celles utilisées dans notre étude pour avoir vraiment une prise en charge adaptée qui aura les meilleures chances d'être suivie. Le médecin doit promouvoir l'activité physique sous toutes ses formes, qu'il s'agisse des activités de la vie quotidienne, des exercices physiques ou des activités sportives de loisir. Il pourra le faire par l'intermédiaire d'une prescription : l'écrit a un caractère incitatif plus fort que des simples recommandations orales. Au besoin le médecin pourra prescrire de l'activité physique adaptée s'il juge que cela est nécessaire pour le patient. Le suivi est meilleur en créant un programme d'exercices supervisés puis en réalisant par la suite des supervisions à distance. (10)

Dans l'AOMI, l'activité physique à mettre en avant prioritairement est la marche, dont de nombreuses études (8, 30, 31) ont montré l'efficacité. Elle offre l'avantage de ne pas nécessiter d'équipement particulier, de pouvoir être pratiquée partout. L'exercice physique peut aussi être effectué sous forme de pratique de marche nordique. (32) Une étude récente a montré que l'entraînement à l'exercice à vélo pouvait être également aussi utile que la marche chez les patients atteints d'AOMI. (33) Une étude a montré que l'exercice sur vélo utilisé dans les tests d'effort cardio-pulmonaire peut induire des réponses cardiopulmonaires et métaboliques plus importantes que la marche. (34) L'intérêt est donc de diminuer les douleurs ou que les douleurs apparaissent plus tardivement qu'à la marche. Il est donc important d'inciter les patients à la pratique du vélo.

2. Forces et faiblesses de l'étude

Notre étude comporte des points forts mais aussi certaines limites.

Points forts :

Notre étude a été réalisée directement dans les services de deux centres distincts, une partie en pré ou post-opératoire dans le service de chirurgie vasculaire, l'autre en rééducation dans le

service de MPR, sur 26 patients présentant une même pathologie, l'AOMI. Ce nombre d'entretiens a permis un échantillonnage varié des patients, tant au niveau des milieux de vie que de l'amplitude d'âge des patients (de 55 à 95 ans). On retrouve aussi en dehors de l'AOMI des pathologies diverses (qui sont des facteurs de risque de développer une AOMI), la plus fréquemment rencontrée étant l'hypertension artérielle, présente chez presque tous les patients. La population est comparable aux patients AOMI de la littérature (différents stades, âge, sexe, niveau d'AP). (5,12,31,35)

Cette étude a été réalisée par une seule personne, une interne en médecine, afin de standardiser le protocole.

La grille d'entretien a été bien comprise par les patients. Nous n'avons pas eu besoin de la modifier au fur et à mesure des entretiens. Nous avons essayé de limiter un éventuel biais d'interprétation en reformulant parfois les réponses ou en les faisant préciser.

Limites de l'étude :

Notre étude comporte un certain nombre de biais :

Le premier est un biais de sélection : nous avons interrogé des patients hospitalisés, ce qui a impliqué d'avoir des stades d'AOMI plus élevés (stade 3 et 4 de la classification de Leriche et Fontaine). Ces résultats ne sont donc pas extrapolables aux stades moins avancés d'AOMI ; cependant ce sont les patients avec un stade élevé qui ont le plus besoin de pratiquer de l'activité physique. Dans l'étude concernant le programme d'exercice supervisé, les patients recrutés présentaient également au minimum un stade 2 d'AOMI, sans détail sur la répartition des différents stades. (22)

Le recrutement des patients s'est réalisé en milieu hospitalier uniquement ; mais nous avons pu interroger les patients dans deux services différents et la population est conforme à la littérature des données publiées pour les patients porteurs d'AOMI. (5,12,31,35)

Les retranscriptions d'entretien n'ont pas été retournées aux participants pour commentaires et correction éventuelle, mais la retranscription sociologique effectuée grâce à l'enregistrement a permis une retranscription exacte du langage du patient, et a tenu compte des expressions non verbales.

Un retour des patients sur les entretiens était initialement prévu, mais n'a malheureusement pas pu avoir lieu en raison du confinement lié à l'épidémie de coronavirus. Une synthèse leur sera faite ultérieurement.

Perspectives :

Nous formons l'espoir que ce travail pourra servir à d'autres études afin d'aller vers une prise en charge encore améliorée des patients atteints d'AOMI. Une des perspectives serait de créer un questionnaire écrit (barrières à la pratique régulière de l'activité physique chez les AOMI), comme cela a été fait en utilisant une méthodologie similaire dans d'autres maladies (BAPAD pour le diabète (36), EPAP pour la gonarthrose (37)). Ce questionnaire serait un bon outil de diagnostic éducatif, qui pourrait permettre d'isoler les patients à risques plus élevés de sédentarité et de les faire bénéficier en priorité d'un programme d'éducation thérapeutique. Il pourrait aussi servir de levier pour favoriser la prescription d'activité physique par les professionnels de santé. Ce questionnaire simple d'identification des freins permettrait aux professionnels de santé une utilisation facile en consultation.

CONCLUSION

Il nous semble important d'étudier pour chaque patient quels sont ses freins et ses leviers à la pratique de l'activité physique dans une approche personnalisée, afin d'obtenir les meilleurs résultats. C'est par cette prise en charge propre à chaque patient que nous espérons pouvoir améliorer le confort de vie des patients atteints d'AOMI, en les motivant pour une activité physique dans la durée.

Les freins et leviers sont dans l'ensemble comparables à ceux retrouvés dans d'autres pathologies chroniques, telles que l'arthrose, la lombalgie chronique, les pathologies cardiaques..., sauf en ce qui concerne les ulcères, qui sont spécifiques à cette pathologie. Ce travail a permis de faire ressortir un levier très peu cité dans la littérature pour l'AOMI, la présence de l'animal de compagnie qui permet un motif de sortie supplémentaire pendant le confinement.

Il y a un intérêt et une nécessité d'intégrer un programme d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) en complément de l'activité physique adaptée dans la prise en charge de l'AOMI. Il existe peu de programmes labélisés ETP et AOMI. Cette étude contribue à élaborer un travail autour du bilan éducatif et de la pratique d'activité physique. Ce travail pourrait permettre d'améliorer les programmes d'éducation thérapeutique.

Le Doyen de l'UFR de Médecine,
Pr Pierre CLAVELOU

Le Président du Jury,
Pr Emmanuel COUDEYRE



A handwritten signature in blue ink, consisting of several fluid, connected strokes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Activité physique. OMS ; 2020. Disponible sur: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/>
- 2) Chanussot JC, Danowski RG. Traumatologie du sport. 8 ème édition. Elsevier Masson, 2012, 592
- 3) Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. CMAJ. 2006 Mar 14;174(6):801-9. doi: 10.1503/cmaj.051351
- 4) Haute Autorité de Santé (HAS). Maladie chronique : une ordonnance d'activité physique sur mesure. Activité physique sur ordonnance. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3111587/fr/maladie-chronique-une-ordonnance-d-activite-physique-sur-mesure
- 5) Calanca L, Pellegrin M, Mazzolai L. Exercice physique et artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Revue Medicale Suisse 2010; Feb 10;6(235):278-81
- 6) Haute Autorité de Santé (HAS). Prendre en charge l'artériopathie oblitérante athéromateuse des membres inférieurs. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_240759/fr/prendre-en-charge-l-arteriopathie-oblitterante-atheromateuse-des-membres-inferieurs
- 7) Aggarwal S, Moore RD, Arena R, Marra B, McBride A, Lamb B, Martin BJ, Stone J. Rehabilitation Therapy in Peripheral Arterial Disease. Can J Cardiol. 2016 Oct;32(10 Suppl2) :S374-S381. doi: 10.1016/j.cjca.2016.07.509
- 8) Watson L, Ellis B, Leng GC. Exercise for intermittent claudication. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8;(4):CD000990. doi: 10.1002/14651858.CD000990.pub2. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2014;7:CD000990
- 9) INSERM, Artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/9690/Chapitre_11.html
- 10) Strandness DE Jr. Exercise testing in the evaluation of patients undergoing direct arterial surgery. J Cardiovasc Surg (Torino). 1970 ; 11:192-200
- 11) Lane R, Ellis B, Watson L, Leng GC. Exercise for intermittent claudication. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jul 18;(7):CD000990. doi: 10.1002/14651858.CD000990.pub3. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2017 Dec 26;12 :CD000990
- 12) Sakamoto S, Yokoyama N, Tamori Y, Akutsu K, Hashimoto H, Takeshita S. Patients with peripheral artery disease who complete 12-week supervised exercise training program show reduced cardiovascular mortality and morbidity. Circ J. 2009 Jan;73(1):167-73. doi: 10.1253/circj.cj-08-0141. Epub 2008 Nov 27
- 13) Organisation mondiale de la santé. Centre des média. L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier. Burkhart et Sabaté .2003. Disponible sur: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/>

14) Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs (indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation). Avril 2006. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/AOMI_recos.pdf

15) Fédération française de cardiologie. Le traitement des maladies cardiovasculaires. L'artériopathie oblitérante, traitement. Disponible sur : <https://www.fedecardio.org/Les-maladies-cardio-vasculaires/Les-traitements-des-maladies-cardio-vasculaires/larteriopathie-obliterante-traitement>

16) Boutevillain L, Dupeyron A, Coudeyre E. Facilitators and barriers to physical activity in people with chronic low back pain: A qualitative study. 2017 Jul 25;12(7):e0179826. doi: 10.1371/journal.pone.0179826

17) Mazaudier T, Evaluation des freins, des leviers et des besoins à l'utilisation d'une application e-santé d'éducation thérapeutique à destination des patients arthrosiques. Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie, 2019

18) Gay C, Eschalier B, Levycky C, Bonnin A, Coudeyre E. Motivators for and barriers to physical activity in people with knee osteoarthritis: A qualitative study. *Joint Bone Spine*. 2018 Jul;85(4):481-486. doi: 10.1016/j.jbspin.2017.07.007. Epub 2017 Jul 27

19) Ingledeu DK, Markland D. The role of motives in exercise participation. *Psychol Health*. 2008;23(7):807-28. doi: 10.1080/08870440701405704

20) Joussain C, Joubert J, Gremeaux V. Barriers to physical activity in coronary artery disease patients: Development and validation of a new scale. *Ann Phys Rehabil Med*. 2017 Sep;60(5):289-298. doi: 10.1016/j.rehab.2017.01.002. Epub 2017 Feb 16

21) Galea MN, Bray SR, Ginis KA. Barriers and facilitators for walking in individuals with intermittent claudication. *J Aging Phys Act*. 2008 Jan;16(1):69-83; quiz 84. doi: 10.1123/japa.16.1.69

22) Harwood AE, Broadbent E, Totty JP, Smith GE, Chetter IC. "Intermittent claudication a real pain in the calf"-Patient experience of diagnosis and treatment with a supervised exercise program. *J Vasc Nurs*. 2017 Sep;35(3):131-135. doi: 10.1016/j.jvn.2017.03.001

23) Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19: 349-57. doi: 10.1093/intqhc/mzm042. Epub 2007 Sep 14

24) Britten N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ*. 1995 Jul 22;311(6999):251-3. doi: 10.1136/bmj.311.6999.251

25) Bailey J. First steps in qualitative data analysis: transcribing. *Fam Pract*. 2008 Apr;25(2):127-31. doi: 10.1093/fampra/cmn003. Epub 2008 Feb 27

26) Fédération française de cardiologie. Les pathologies cardiovasculaires ; L'artériopathie oblitérante. Disponible sur : <https://www.fedecardio.org/Les-maladies-cardio-vasculaires/Les->

- 27) AMELI. Artérite des membres inférieurs : définition, causes et facteurs de risque, juillet 2020. Disponible sur: <https://ameli.fr/assure/sante/themes/artérite-membres-inferieurs/definition-causes-facteurs-risque>
- 28) Haute Autorité de Santé (HAS). Prescription d'activités physiques. Freins et leviers. Extrait du guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-09/obstacles_des_ressentis_et_des_conseils.pdf
- 29) INSERM : Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques Éditions EDP Sciences, janvier 2019. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques>
- 30) Casillas JM, Gremeaux V, Damak S, Feki A, Pérennou D. Exercise training for patients with cardiovascular disease. *Ann Readapt Med Phys*. 2007 Jul;50(6):403-18, 386-402. English, French. doi: 10.1016/j.annrmp.2007.03.007. Epub 2007 Apr 2
- 31) Stewart KJ, Hiatt WR, Regensteiner JG, Hirsch AT. Exercise training for claudication. *N Engl J Med*. 2002 Dec 12;347(24):1941-51. doi: 10.1056/NEJMra021135
- 32) Girolid S, Rousseau J, Le Gal M, Coudeyre E, Le Henaff J. Nordic walking versus walking without poles for rehabilitation with cardiovascular disease: Randomized controlled trial. *Ann Phys Rehabil Med*. 2017 Jul;60(4):223-229. doi: 10.1016/j.rehab.2016.12.004. Epub 2017 Mar 27
- 33) Haga M, Hoshina K, Koyama H, Miyata T, Ikegami Y, Murai A, Nakamura Y. Bicycle exercise training improves ambulation in patients with peripheral artery disease. *J Vasc Surg*. 2020 Mar;71(3):979-987. doi: 10.1016/j.jvs.2019.06.188. Epub 2019 Sep 5.
- 34) Stephen L Tuner. Cardiopulmonary responses to treadmill and cycle ergometry exercise in patients with peripheral vascular disease, *Journal of Vascular Surgery* 2008. *J Vasc Surg*. 2008 Jan;47(1):123-30. doi: 10.1016/j.jvs.2007.09.001
- 35) Site de l'Assurance Maladie. Personnes prises en charge pour AOMI en 2018, fiche AOMI en 2018 du 12 mai 2020. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Arteriopathie_oblitterante_du_membre_inferieur_fiche_2018.pdf
- 36) Lanhers C, Duclos M, Guttman A, Coudeyre E, Pereira B, Ouchchane L. General Practitioners' Barriers to Prescribe Physical Activity: The Dark Side of the Cluster Effects on the Physical Activity of Their Type 2 Diabetes Patients. *PLoS One*. 2015 Oct 15;10(10):e0140429. doi: 10.1371/journal.pone.0140429
- 37) Coste N, Gay C, Gerbaud L, Aucair C, Coudeyre E. Development and validation of a questionnaire assessing the perception of physical activity (EPAP) in knee osteoarthritis people, July 2018, *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 61:e127-e128, Doi: 10.1016/j.rehab.2018.05.281

ANNEXES

Annexe I : Traduction française des lignes directrices COREQ

N°	Item	Guide questions/description	Renvoi vers le numéro de page
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	19
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD	19
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	19
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	19
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	19
Relations avec les participants			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	19
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche	19
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	19
Domaine 2 : Conception de l'étude			
Cadre théorique			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	19
Sélection des participants			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	18
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	18
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	21
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	21
Contexte			
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail	18
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	19
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date	18-21

Recueil des données			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	18-19
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	19
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	19
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	19
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	21
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	32-33
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	34
Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	19
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	19-20
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	19-20
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	19
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	34
Rédaction			
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	22 à 27
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	28-30
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	28
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	NA

Annexe II : Questionnaire sociodémographique

Caractéristiques générales :

Âge : ans Sexe : F H Poids : Kg Taille : cm

Votre situation familiale : En couple Seul(e)

Avez-vous des enfants ? Oui Non

Niveau d'étude : Certificat d'étude Secondaire BAC Etudes supérieures

Mode de vie :

Actif Retraité Invalidité Milieu de vie : Urbain Rural

Si actif, type de travail : Sédentaire Physique Mixte

Fumez-vous ?

Oui Non Arrêt depuis ... années

Si oui, quantité (.....cigarettes par jour), date de début (.....)

Consommez-vous de l'alcool ?

Oui Non

Si oui, fréquence : Tous les jours 4 à 6 fois par semaine

1 à 3 fois par semaine Moins d'une fois par semaine

Si oui, quantité par jour :

Données médicales :

Depuis combien de temps souffrez-vous d'AOMI? an(s)

Présentez-vous des symptômes de l'AOMI:

- des douleurs à la marche (claudication)
Oui Non
- des douleurs au repos dans la journée ou le plus souvent la nuit, voire en permanence
Oui Non
- des gangrènes ou ulcères de jambe
Oui Non

Quelle est/sont la/les difficultés que vous ressentez dues à l'AOMI ?

1/.....

2/.....

3/.....

Avez-vous eu des gestes de revascularisation ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Dilatation artérielle sans pose de stent Oui Non

Dilatation artérielle sans pose de stent Oui Non

Pontage artériel Oui Non

Endartériectomie Oui Non

Êtes-vous suivi pour un autre problème de santé que l'AOMI ?

Hypertension artérielle Diabète Dyslipidémie Accident vasculaire cérébral

Infarctus du myocarde

Autre(s) (précisez) :

Au sujet de vos traitements :

- Prenez-vous actuellement un traitement pour l'AOMI?

Oui Non

Si oui, lequel ?

- Prenez-vous actuellement un traitement anti-douleur lié à l'AOMI?

Oui Non

Si oui, fréquence : Tous les jours 4 à 6 fois par semaine

1 à 3 fois par semaine Moins d'une fois par semaine

Cochez la case correspondant à vos douleurs (intensité sur les dernières 24 heures)?

(0 = absence de douleur 10 = douleur très forte)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pratiquez-vous une activité physique régulière ?

Oui Non

Si oui, fréquence : Tous les jours 4 à 6 fois par semaine

1 à 3 fois par semaine Moins d'une fois par semaine

Durée : Plus de 30 minutes de 15 à 30 minutes Moins de 15 minutes

Autre(s) prise(s) en charge : kinésithérapie balnéothérapie Programme de perte de poids

Autre(s) :

Annexe III : Formulaire d'information fourni aux patients

LETTRE D'INFORMATION AUX PATIENTS

Titre de la recherche :

Étude qualitative des freins et leviers à l'activité physique chez les patients atteints d'AOMI.

Madame, Monsieur,

Le service de MPR du CHU de Clermont Ferrand sous l'égide du Professeur Coudeyre vous propose de participer à une étude de recherche clinique.

Cette lettre d'information vous détaille les objectifs et le déroulement de cette étude.

Vous pourrez prendre le temps de lire, comprendre ces informations et réfléchir à votre participation. Vous pourrez à tout moment demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer les points non compris.

Contexte d'étude

L'AOMI est une pathologie fréquente, correspondant à une obstruction totale ou partielle des artères des membres inférieurs. L'exercice physique constitue une étape fondamentale dans la prise en charge des patients. Les études récentes montrent que l'activité physique régulière est l'une des clés majeures du traitement de l'AOMI, permettant d'améliorer la capacité de marche, de réduire le risque de mortalité cardiovasculaire et d'améliorer la qualité de vie du patient souffrant de claudication intermittente.

OBJECTIFS de l'étude

Explorer les freins et leviers pouvant avoir un impact sur la pratique d'activité physique chez les patients souffrant d'AOMI.

Bénéfice(s) attendus

Les données recueillies lors de cette étude permettront de mieux prendre en compte les difficultés et les motivations à la pratique de l'activité physique chez les atteints d'AOMI.

Déroulement de l'étude

Votre participation à cette étude comprend un entretien individuel, qui durera entre 20 minutes et 1 heure, pendant lequel il vous sera demandé de répondre aux questions préétablies. Cet entretien sera enregistré (son) pour une analyse ultérieure.

Au préalable, il vous sera demandé de remplir un questionnaire sociodémographique général après avoir lu et accepté le formulaire de consentement.

Risques potentiels

Aucun effet indésirable n'est attendu au cours de cette étude.

FRAIS MEDICAUX

Votre collaboration à ce protocole de recherche clinique n'entraînera pas de participation financière de votre part. Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par le promoteur de l'étude.

LEGISLATION - CONFIDENTIALITE

Conformément aux articles L. 1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique, le Comité de Protection des Personnes a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation.

Toute information vous concernant recueillie pendant cette étude sera traitée de façon confidentielle.

Seuls les responsables de l'étude et éventuellement les autorités de Santé pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes -qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical-, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin responsable de l'étude, le Pr E Coudeyre, tél : +33 4 73 750 900.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de non opposition ci-joint.

Annexe IV : Formulaire de non opposition

FORMULAIRE DE NON OPPOSITION

POUR LA PARTICIPATION A UN PROTOCOLE DE RECHERCHE CLINIQUE

Titre de la recherche : *Étude qualitative des freins et leviers à l'activité physique chez les patients atteints d'AOMI.*

Je soussigné(e) (nom et prénom du sujet), accepte de participer à l'étude : « *Étude qualitative des freins et leviers à l'activité physique chez les patients atteints d'AOMI* .».

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que l'information recueillie durant cette étude puisse être accessible aux responsables de l'étude et éventuellement aux autorités de santé. A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que la publication des résultats de l'étude ne comportera aucune information individuelle.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à

le

SIGNATAIRES :



Annexe V : Avis éthique

Clermont Ferrand, le 01 février 2021

Mr. Le Pr. E. COUDEYRE
Service de Médecine Physique et de
Réadaptation
CHU de CLERMONT FERRAND

Nos Réf. : 2020 / CE 99

Monsieur,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

**« Quels sont les freins et leviers à la pratique d'activité physique chez le patient atteint
D'AOMI : Etude qualitative auprès de 26 patients »**

Cette étude qualitative, qui s'apparente à une évaluation des pratiques professionnelles, ne soulève pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les Recherches Impliquant La Personne Humaine (RIPH), au sens de l'Article L.1121-1 et des Articles R.1121-1 et R.1121-2.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Président,
Pr. Jean-Etienne BAZIN

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

BORDERIE Amandine

AB

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISEIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

BORDERIE Amandine



Quels sont les freins et leviers à la pratique d'activité physique chez les patients atteints d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) : étude qualitative auprès de 26 patients

Résumé :

CONTEXTE : L'AOMI est une pathologie fréquente dont la manifestation clinique la plus courante est la claudication intermittente, qui a des retentissements sur la qualité de vie des patients. Chez les patients atteints d'AOMI, l'activité physique (AP) constitue une part essentielle dans la prise en charge ; cependant le niveau d'AP de ces patients est inférieur aux recommandations. L'adhésion à la pratique de l'AP est plus ou moins bonne ; c'est donc un objectif important pour les équipes médicales de promouvoir l'activité physique.

OBJECTIF : Identifier les freins et les leviers à la pratique d'AP chez les patients atteints d'AOMI afin de mieux comprendre la manière dont les croyances et les pensées des patients souffrant d'AOMI influencent leur comportement vis-à-vis de l'AP.

METHODE : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, réalisée auprès de 26 patients atteints d'AOMI pris en charge dans des services de chirurgie vasculaire et de médecine physique et de réadaptation (MPR) du CHU de Clermont Ferrand.

RESULTATS : Trois grands thèmes ont été identifiés : les facteurs physiques, les facteurs psychologiques et les facteurs socio-environnementaux. Le frein physique principal à la pratique de l'AP est la douleur. Les freins psychologiques sont dominés par des croyances erronées sur l'AP et le manque de motivation et d'envie. Les freins socio-environnementaux les plus retrouvés sont l'influence de la météo et la peur de gêner les proches. Les leviers identifiés associent le bénéfice pour la santé et la diminution des douleurs, la notion de plaisir et l'encouragement des professionnels de santé et de l'entourage.

MOTS CLES :

- AOMI
- Claudication intermittente
- Activité physique
- Etude qualitative