



HAL
open science

Identifier chez les patients en situation d'obésité les besoins et les attentes concernant le suivi de l'activité physique en ambulatoire et les perspectives d'élaboration d'un outil de suivi

Stelly Geoffroy Dorsan

► To cite this version:

Stelly Geoffroy Dorsan. Identifier chez les patients en situation d'obésité les besoins et les attentes concernant le suivi de l'activité physique en ambulatoire et les perspectives d'élaboration d'un outil de suivi. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03433209

HAL Id: dumas-03433209

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03433209v1>

Submitted on 17 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.



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

SOUTENANCE DANS UNE AUTRE FACULTE

UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 2020

N°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE

**DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : Médecine Générale**

Présenté(e) et soutenu(e) publiquement le 15 SEPTEMBRE 2020

à Montpellier

Par GEOFFROY Stelly épouse DORSAN

Né(e) le

à

TITRE : Identifier chez les patients en situation d'obésité les besoins et les attentes concernant le suivi de l'activité physique en ambulatoire et les perspectives d'élaboration d'un outil de suivi

**PRESIDENT DE THESE :
Pr LAMBERT Philippe**

**LE CONSERVATEUR DE LA
BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE**

**DIRECTEUR DE THESE :
Dr ATTALIN Vincent**

**Signature du
Président de thèse**

**Cachet de la bibliothèque
universitaire**

UNIVERSITE PARIS-EST CRETEIL
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE
FACULTE DE MEDECINE
8, rue du Général Sarrail
94010 CRETEIL CEDEX
Tél. 01 49 81 36 07

SOUTENANCE DANS UNE AUTRE FACULTE

UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 2020

N°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE

DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine Générale

Présenté(e) et soutenu(e) publiquement le 15 SEPTEMBRE 2020

à Montpellier

Par GEOFFROY Stelly épouse DORSAN

Né(e) le

à

TITRE : Identifier chez les patients obèses les besoins et les attentes concernant le suivi de l'activité physique en ambulatoire et les perspectives d'élaboration d'un outil de suivi

PRESIDENT DE THESE :
Pr LAMBERT Philippe

LE CONSERVATEUR DE LA
BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE

DIRECTEUR DE THESE :
Dr ATTALIN Vincent

Signature du
Président de thèse

Cachet de la bibliothèque
universitaire

REMERCIEMENTS :

Vincent, merci pour ton aide, ta patience, et ton sens du détail. Merci d'avoir accepté de me guider dans la conception de ce projet.

Louis, merci de m'avoir accompagné tout au long de l'internat et de m'avoir toujours encouragé.

La team Marseille/Aix, merci d'avoir égayé mon externat : Tressie, Fritz, Yannick, Jeph, oncle JJ, Hondine, La famille Réminy....Merci aussi à la team LACOSTE : Coco et Caro

Treicia, mon binôme, merci pour ta détermination, ton ambition parfois démesurée qui font de toi une personne inspirante. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir boosté.

Anais, « plié pa jan kassé », un exemple de résilience et de force. Merci à toi de m'aider à grandir, à me remettre en question.

Merci à vous deux d'avoir mis trop de paillettes dans ma vie...

Le Duo SALIGNAT, Champi et Pompom, merci pour nos rendez-vous hebdomadaires du samedi et nos différentes aventures, merci pour mon petit Tikka que je prends plaisir à voir grandir.

Nounours, mon 3e frère, merci à toi d'être là depuis des années, merci de me tirer vers le haut et de me rappeler que l'essentiel est de se donner les moyens.

Mon petit frère, Mike, merci pour ton enthousiasme, ta positivité, mais je ne te dirai jamais merci pour mes cheveux blancs. Que tes projets se concrétisent !

Mon grand frère Malik et sa femme Jessie, merci de relever les défis de la vie avec courage et foi. Vous êtes de vrais exemples. Merci pour mes neveux, de vrais soleils.

Merci à mes grands-mères d'amour. Merci à mes beaux-parents préférés, à ma belle-famille.

Un grand merci à mes parents en or massif pour leur investissement, les sacrifices qu'ils ont dû faire pour moi, pour nous. Merci pour votre amour, votre soutien sans faille, vos prières. Je vous dois tant...Je vous aime

Merci à mon amoureux, ma moitié, mon compagnon de galère, d'être à mes côtés depuis la P1, de m'avoir accompagné dans cette folle aventure, de m'avoir aidé à garder la tête hors de l'eau à maintes reprises et de me faire sourire tous les jours que Dieu fait. Le meilleur est à venir pour le clan DS

Merci à toi Seigneur, car sans toi strictement rien n'aurait été possible. Tu as géré comme promis mon départ et mon arrivée. Merci d'avoir placé toutes ces personnes sur mon chemin.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS :	2
TABLE DES MATIÈRES	3
TABLE DES FIGURES	6
GLOSSAIRE	7
INTRODUCTION	8
A) L'OBESITE	9
1. Définition	9
2. Prévalence	9
3. Physiopathologie	10
4. Causes	12
5. Prise en charge /solutions :	13
B) ACTIVITE PHYSIQUE	14
1. Définition	14
2. Différents types d'activité physique	14
3. Effet métabolique de l'activité physique	15
4. Recommandations de bonnes pratiques	16
5. Evaluation de la motivation	17
C) ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (APA)	18
1. Définition	18
2. Professionnels de l'APA	19
3. Bénéficiaires de l'APA	20
4. Thérapeutiques non médicamenteuses	21
a. Prescription des Thérapeutiques non médicamenteuses	21
b. Rôles du MG	22
c. Prise en charge	22
d. Réseaux	23
D) Outils numériques en santé : e-santé	25
MATERIELS ET METHODES	26
A) Type d'étude	26
B) Recrutement et constitution de l'Echantillon	26

C)	Recueil de données	27
D)	Analyse des données	27
	RESULTATS	28
A)	Caractéristiques de la population étudiée	28
B)	Mode de vie des patients	29
	2. Profession	30
	3. Vie de famille	30
	4. Activité physique pratiquée	31
	5. Antécédents médicaux	31
C)	Prise de poids et pratique d'activité physique : causes et prise en charge	31
	1. Multiples causes identifiées	31
	a. Causes psychologiques	32
	b. Causes médicamenteuses	32
	c. Sédentarité	32
	d. L'alimentation	32
	e. Le tabagisme et l'arrêt du tabac	32
	2. Prise en charge pluridisciplinaire	33
D)	Médecine Générale vue par le patient	33
	1. Le médecin généraliste	33
	a. Influence de l'âge	33
	b. Place du médecin généraliste dans l'accompagnement.	34
	c. Manque d'implication du médecin généraliste	34
	d. Difficulté à entreprendre un suivi	35
	2. La consultation	35
	a. Freins à l'expression	35
	b. Stigmatisation	36
	c. Relation médecin-patient	37
E)	Attentes des personnes interrogées	37
	1. Vis à vis du médecin	37
	2. Vis à vis de l'outil	38
F)	Activité physique	39
	1. Freins à la pratique	39
	a. Manque de temps	39
	b. Conditions météorologiques	39
	c. Aspects psychologiques	40
	d. Forme physique	40

e. Aspect financier	41
2. Source de motivation	41
a. Suivi par le médecin généraliste	41
b. Soutien des proches	41
c. Amélioration de la santé	41
d. Entraînement collectif	42
3. Prescription de l'Activité physique	42
4. Activité physique Adaptée	42
G) Outil de suivi	43
1. Types d'outil évoqués	43
2. Fonctionnement	43
3. Intérêt	45
a. Utilité pratique de l'outil	45
b. Engouement	46
DISCUSSION	46
A) Forces de l'étude	46
B) Faiblesses de l'étude	47
C) Principaux résultats	48
D) Comparaison à la littérature actuelle	48
E) Représentations des médecins et des patients	51
F) Elaboration d'un outil	53
CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE	57
ANNEXE	62
ABSTRACT	64
RÉSUMÉ	65

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Stades de motivation, modèle de PROCHASKA DI CLEMENTE	19
Figure 2: Domaines d'intervention préférentiels des différents professionnels	21
Figure 3: Mutuelles remboursant l'APA et conditions	24

GLOSSAIRE :

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

ARS : agence régionale de santé

AVC : accident vasculaire cérébral

BEES : Brevet d'État d'éducateur sportif

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive

BPJEPS : le Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport

CCO Certificat Complémentaire Optionnel

CDOS : comités départementaux olympiques et sportifs

CNDS : Centre National pour le Développement du Sport

CNRS : centre national de recherche scientifique

CQP : certificat de qualification professionnelle CQP.

CSO : centre spécialisé de l'obésité

DEJEPS : Diplôme d'État de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport

DMP : dossier médical partagé

DRJSCS : Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale

ENNS : étude nationale nutrition santé

ESTEBAN : Étude de Santé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition

HAS : haute autorité de santé

HTA : hypertension artérielle

IMC : indice de masse corporelle

INCA : étude individuelle nationale des consommations alimentaires

INSERM institut national de la santé et de la recherche médicale

INVS : institut de veille sanitaire

OMS : organisation mondiale de la santé

RNCP : répertoire national des certifications professionnelles RNCP

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

SIH : système d'information hospitalier

SIS : système d'information de santé

TIC : technologie de l'information et de la communication

UFR STAPS unités de formation et de recherche en sciences et techniques des activités physiques et sportives

INTRODUCTION

L'activité physique en tant que promoteur de santé est un concept qui ne date pas d'hier. En effet, depuis déjà l'antiquité, les savants préconisent l'activité physique pour un meilleur état physique et mental. Malgré la connaissance très ancienne des bienfaits de l'activité sportive, le monde se dirige vers la diminution du volume total de l'activité physique quotidienne. Dans les sociétés occidentales, le mode de vie s'est considérablement modifié du fait de l'urbanisation des territoires, de la motorisation des transports, de la robotisation des professions et des activités domestiques. Les comportements sédentaires sont de plus en plus présents. Pour estimer la sédentarité, les études Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 3 (INCA 3) 2014-2015 et l'Étude de Santé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition (ESTEBAN) 2015 ont utilisé le temps passé assis devant un écran (télévision, jeux vidéo, ordinateur) comme indicateur, même s'il ne représente qu'une part du temps réel de sédentarité. Hors temps de travail, les adultes passent ainsi quotidiennement 5h en moyenne devant un écran (34). Les enfants et les adolescents (de 3 à 17 ans) passent entre 3 et 4 heures quotidiennes face à un écran et ce temps atteint 4 heures chez les personnes âgées de plus de 65 ans (34). La sédentarité est un facteur de risque majeur de pathologie cardiovasculaire, d'obésité, de cancer : c'est un véritable problème de santé publique (42,41). Au niveau mondial, l'activité physique réalisée quotidiennement diminue (42). C'est dans ce climat sanitaire, que l'activité physique s'est inscrit comme une thérapeutique non médicamenteuse que nous devons promouvoir. En ambulatoire, souvent les médecins recommandent aux patients en surpoids ou en situation d'obésité de faire de l'activité physique, ...mais qu'en est-il réellement ?

Tout d'abord, intéressons-nous à cette maladie qu'est l'obésité puis nous verrons l'activité physique et ses effets bénéfiques.

A) L'OBESITE

1. Définition

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'obésité est un « excès de masse grasse pouvant nuire à la santé ». L'obésité s'évalue à partir du calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) qui tient compte du poids et de la taille : poids de la personne (en kilogrammes) divisé par le carré de sa taille (en mètres). (39)

La valeur calculée permet ainsi de déterminer le statut en termes de corpulence à savoir normal, en surpoids ou obèse. Ainsi, chez l'adulte, on considère actuellement que :

- l'intervalle de l'IMC normal est situé entre 18,5 et 24,9 kg/m² ;
- le « surpoids » correspond un IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m² ;



- “ l'obésité classe 2” par un IMC ~~25~~ 30 kg/m² et < 40 kg/m²
- “ l'obésité de classe 3” par un IMC ~~40~~ 40 kg/m².

L'IMC, qui est une mesure de corpulence, ne renseigne qu'imparfaitement la composition corporelle : il ne permet pas de différencier la masse grasse de la masse maigre. De plus, cet indice est limité dans certains cas, notamment car il ne tient pas compte de l'âge, de l'origine, de la répartition des graisses...



2. Prévalence

Actuellement environ deux milliards d'individus dans le monde sont touchés par le surpoids et l'obésité et entraînent à peu près 2,8 millions de décès chaque année (19). La France est atteinte elle aussi par cette dite « épidémie mondiale », pour reprendre les termes de l'Organisation mondiale de la santé. En effet, aujourd'hui, un Français sur deux est en surpoids et un sur six est obèse ; la prévalence de l'obésité en France, estimée à 17 % pour les adultes, est supérieure à celle de l'Italie (9,8 %) et à celle de la Suède, de la Suisse ou encore de la Norvège. (19)

Les principaux résultats de l'Étude ESTEBAN entre 2014 et 2016 montrent que la corpulence moyenne de la population adulte n'a pas connu d'évolution statistiquement

significative ces 10 dernières années, l'IMC moyen mesuré en 2016 étant comparable à celui mesuré dans l'étude nationale nutrition santé (ENNS), réalisée en 2006 par l'institut national de veille sanitaire (InVS) (51). Les prévalences du surpoids et de l'obésité sont restées stables en 2015, à 49 % pour celle du surpoids contre 49,3 % en 2006 et 17,2 % pour celle de l'obésité contre 16,9 % en 2005. (19)(51)

Cette stabilité de la prévalence masque des disparités à plus petite échelle notamment au niveau régional et n'est pas un reflet totalement fiable car des données concernant les départements ultramarins manquent.(19) L'enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité (ObEpi), menée selon la même méthodologie tous les trois ans pendant 15 ans jusqu'en 2012 par l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) avec le soutien des laboratoires Roche, a produit des données régionales pour la France métropolitaine qui permettent d'objectiver à une plus petite échelle une majoration de la prévalence. Cette enquête téléphonique, dans sa dernière édition, a mis en évidence des taux de prévalence de l'obésité plus élevés que la moyenne dans quatre régions, le Nord-Pas-de-Calais étant la plus touchée avec 21,3 % alors que la moyenne nationale est de 15 %, la Champagne-Ardenne, la Picardie et la Haute Normandie avec des prévalences respectives de 20,9%, 20 % et 19,6% (29) Ainsi dans le but de récolter des données reflétant au mieux la réalité régionale, sur le plan nutritionnel et anthropométrique, le Programme national nutrition santé 2019-2023 prévoit une étude menée par l'ANSES et Santé publique France, dont les premiers résultats seront disponibles en 2026 (35)

3. Physiopathologie

L'obésité se définit comme un excès de masse grasse dont les effets représentent un risque pour la santé. La physiopathologie de cette maladie chronique nous permet de mieux comprendre les effets métaboliques positifs de l'activité physique et les bénéfices que peuvent entraîner son maintien dans ce contexte.

Le stade initial de constitution, pouvant survenir à des moments différents selon les individus, est caractérisé par un déséquilibre de la balance énergétique aboutissant à une augmentation du stock adipeux : ceci se manifeste par l'hypertrophie des adipocytes, mais aussi par l'hyperplasie du tissu. (24)

Lorsque les capacités de stockage du tissu adipeux sont dépassées, il en résulte une accumulation ectopique au niveau de différents organes, responsable des comorbidités de l'obésité telles que l'insulino-résistance due à l'augmentation de la concentration plasmatique des acides gras entraînant une diminution de la sensibilité à l'insuline au niveau des tissus musculaires et hépatiques conduisant au diabète de type 2, la maladie athéromateuse coronaire...

Par ailleurs, le tissu adipeux communique avec d'autres organes comme le système nerveux central, le foie, les muscles, le système cardio vasculaire, par la libération de substances appelées les adipokines. Ainsi, grâce à ces adipokines, l'adipocyte régule non seulement les métabolismes glucidique et lipidique, mais agit également sur l'inflammation, la pression artérielle, la fibrinolyse et le comportement alimentaire. Ces substances peuvent donc contribuer à la pathogénie de l'insulinorésistance et du syndrome métabolique (3). Parmi ces protéines, on retrouve la leptine et l'adiponectine. La leptine est produite principalement par les adipocytes du tissu adipeux blanc sous cutané. Elle joue un rôle majeur au niveau du système nerveux central en stimulant les circuits neuronaux anorexigènes ce qui entraîne une diminution de la prise alimentaire, mais a aussi un rôle dans la sensibilité à l'insuline, et l'état d'inflammation chronique observée dans l'obésité. La quantité produite par adipocyte est d'autant plus élevée que l'adiposité est importante. Cette élévation de la leptine ne permet pas l'effet satiétogène escompté car la personne obèse présente une résistance à ses effets.

L'adiponectine est également produite principalement par le tissu adipeux, en quantité inverse de la proportion de masse grasse. Elle est aussi impliquée dans la sensibilité à l'insuline, dans l'inhibition de la néoglucogenèse hépatique. De ce fait, plus il y a de tissu adipeux, moins il y a d'adiponectine circulante, et plus la sensibilité hépatique et musculaire à l'insuline est faible.

Chez la personne atteinte d'obésité, le dialogue entre le tissu adipeux et le reste de l'organisme est altéré, entraînant une fluctuation du poids et la survenue de complications. (24)

4. Causes

L'obésité est une maladie multifactorielle résultant de très nombreux facteurs associés d'après le rapport FORESIGHT (45) : environnementaux, génétiques, biologiques, psychologiques, sociétaux, alimentaires. Nous ne pourrions pas tous les identifier.

Les changements alimentaires jouent un rôle incontestable dans l'émergence récente de l'obésité. L'augmentation de la quantité ingérée, le nombre de calories par aliment, la surconsommation d'aliments industriels, la facilité d'accès à l'alimentation, et l'évolution des prix alimentaires sont des éléments qui favorisent les consommations caloriques excessives (21). D'autre part, l'obésité peut être associée à des troubles du comportement alimentaire avec boulimie et hyperphagie, dont les causes sont également multifactorielles. (30)

La sédentarité, les loisirs liés aux écrans, l'utilisation quotidienne des transports motorisés induisent quant à eux une diminution de l'activité physique et des dépenses énergétiques. (21)

La prédisposition génétique joue un rôle notable. Un individu a deux à huit fois plus de chances d'être en situation d'obésité si des membres de sa famille le sont eux même (30). Des équipes françaises de l'Inserm et du centre national de recherche scientifique (CNRS), ont identifié de nombreux gènes impliqués dans la physiopathologie de l'obésité. Seul, chaque gène n'exerce qu'un faible rôle, mais leur action devient significative lorsqu'ils interagissent avec des facteurs externes comme l'alimentation.

Par ailleurs, l'horloge biologique régule sur environ 24 heures les différentes fonctions de l'organisme et le métabolisme. L'insuffisance de sommeil, l'irrégularité des horaires ou encore le travail nocturne perturbent cette horloge et augmentent le risque de surpoids.

Six facteurs de risque prénatals de l'obésité ont été identifiés : tabagisme maternel, diabète ou surpoids maternel, prise de poids excessive pendant la grossesse, déficit ou excès de croissance du fœtus, milieu socioéconomique défavorable. L'influence de l'alimentation maternelle sur la survenue de l'obésité est notamment analysée dans le cadre de l'étude Elfe (28).

Les sciences humaines et sociales travaillent pour comprendre les déterminants sociaux et économiques de cette maladie qui touche plus particulièrement les personnes en situation de précarité. (24)

5. Prise en charge /solutions :

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), les experts recommandent d'accompagner la personne en situation d'obésité vers une modification du comportement alimentaire pour aboutir à une alimentation équilibrée et diversifiée sur le long terme à travers une démarche d'éducation thérapeutique. L'activité physique fait partie intégrante de la prise en charge à laquelle il est nécessaire que la personne adhère. Un accompagnement psychologique favorise l'adhésion et encourage la personne. Pour lutter contre le développement de l'obésité et ses complications, une perte de 5 à 10% du poids initial et un suivi sont impératifs (27).

D'après l'OMS, il faut :

- limiter l'apport énergétique provenant d'une alimentation riche en sucre et en matières grasses
- consommer davantage de fruits et légumes, de légumineuses, de céréales complètes et de noix;
- avoir une activité physique régulière (60 minutes par jour pour un enfant et 150 minutes par semaine pour un adulte).(38)

Associée à un changement des habitudes alimentaires, l'activité physique permet une perte de poids significative. Cependant seule, elle n'apporte pas de résultat fiable sur la perte de poids chez les patients obèses (31). Il est à noter que la perte de masse maigre sous régime seul est de l'ordre de 25 % du poids perdu alors qu'elle est de 12 % seulement quand le régime est associé à un programme d'activité physique de type endurance (12). Cela est important à prendre en compte sachant qu'une diminution de cette masse maigre favorise les chances de reprendre plus facilement du poids ultérieurement et favorise évidemment l'amenuisement des fonctions musculaires. La perte de masse maigre est aussi, entre autres, l'une des raisons pour lesquelles l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) recommande de proscrire tous régimes amaigrissants sans suivi

spécialisé, en se basant sur l'étude des régimes les plus fréquemment utilisés par les patients. (5)

Chez la personne en situation d'obésité, il est donc primordial et nécessaire d'associer un changement de comportement alimentaire à une activité physique de façon durable et adapté aux objectifs des patients. Nous aborderons alors l'aspect qui nous intéresse dans ce travail à savoir l'activité physique.

B) ACTIVITE PHYSIQUE

1. Définition

D'après l'OMS, l'activité physique (AP) correspond à tout mouvement corporel produit par les muscles qui requiert une dépense d'énergie ; ce qui comprend les mouvements effectués en travaillant, en jouant, en accomplissant les tâches ménagères, en se déplaçant et pendant les activités de loisirs. (38)

Les activités physiques de loisirs peuvent inclure le sport mais également les activités réalisées sans encadrement comme les promenades à pied, à vélo, en trottinette, dans des parcs et espaces verts, à la campagne. Des équipements spécialisés en accès libre peuvent être utilisés pour réaliser des activités physiques (parcours de santé aménagés, terrains multisports, espaces de fitness en plein air, pistes cyclables, circuits de randonnée, etc.). Les activités domestiques concernent les activités physiques réalisées chez soi, à l'intérieur ou à l'extérieur (montées et descentes d'escaliers, travaux ménagers - passer l'aspirateur, porter des courses-, bricolage, jardinage). (4)

Il convient de distinguer le sport et l'exercice afin d'éviter toute confusion ou abus de langage.

2. Différents types d'activité physique

Les principaux domaines de pratique d'activité physique sont le travail, les transports, les activités domestiques et les loisirs. Ces derniers incluent l'exercice, le sport et l'activité physique de loisirs non structurée. L'activité physique de loisirs peut être encadrée (pratiquée dans des associations, ou dans le cadre de l'éducation populaire

et des accueils collectifs de mineurs) ou spontanée (parcours de marche aménagés, équipements d'accès libres, promenade dans des parcs et espaces verts).

Le terme « activité physique » ne doit pas être confondu avec l'expression « faire de l'exercice », qui renvoie à un type d'activité physique plus délibérée, structurée, répétitive, et qui vise à améliorer ou à entretenir un ou plusieurs aspects de la condition physique. (38)

Le sport constitue également un sous-ensemble de l'activité physique au cours duquel les participants adhèrent à un ensemble commun de règles et où un objectif est défini. (4) Il est encadré par des règles, des normes, des compétitions et une institutionnalisation. Selon la Charte européenne du sport (Article 2.1) (2001), "On entend par sport toutes formes d'activités physiques qui, à travers une participation organisée ou non, ont pour objectif l'expression ou l'amélioration de la condition physique et psychique, le développement des relations sociales ou l'obtention de résultats en compétition de tous niveaux." (18)

3. Effet métabolique de l'activité physique

Chez les personnes en situation d'obésité, le taux d'acides gras libres est augmenté mais leur utilisation par le muscle est limitée car la voie de transport intramusculaire est altérée. L'exercice physique améliore le métabolisme lipidique en stimulant l'activité des enzymes oxydatives et en réduisant celle des enzymes glycolytiques ce qui a pour principale conséquence une augmentation de l'utilisation des acides gras par les muscles à la place du glycogène. Parallèlement, l'entraînement modifie la réceptivité du tissu adipeux, en augmentant l'efficacité de la voie lipolytique et en diminuant celle de la voie de stockage. Une activité régulière entraîne une augmentation du HDL-cholestérol et une baisse des triglycérides (1).

D'autre part, le muscle squelettique joue un rôle majeur dans l'équilibre glycémique. L'insulino-résistance empêche le captage musculaire du glucose. Cependant l'activité physique augmente la sensibilité musculaire et hépatique à l'insuline. En effet, l'AP est consommatrice d'énergie et en particulier de glucose, ce qui fait baisser le taux de glucose sanguin, ainsi que les réserves en glycogène des muscles sollicités. Cette diminution du stock de glycogène musculaire est un bon stimulant pour que le glucose

sanguin soit capté par le muscle, indépendamment de l'insuline, d'où une baisse de la glycémie aussitôt compensée, pour maintenir la glycémie dans des valeurs normales. Ainsi, après un exercice unique, la déplétion en glycogène augmente la sensibilité musculaire à l'insuline pendant environ 48 h d'où une captation de glucose pendant plusieurs heures après l'arrêt de l'exercice (1). L'entraînement contre résistance augmente la masse musculaire, et donc la capacité totale à utiliser le glucose. En collaboration avec plusieurs équipes européennes, Balkau et des collaborateurs de l'unité 780 de l'INSERM ont démontré dans l'étude RISC (Relationship between Insulin Sensitivity and Cardio-vascular disease risk) qu'une activité physique régulière permettait de maintenir une bonne sensibilité à l'insuline. D'après ces résultats, plus l'AP quotidienne est importante, plus l'insulino-résistance et le risque de développer un diabète diminuent ce qui a aussi été constaté chez les personnes en surpoids, obèses et chez les fumeurs. (46) Ces adaptations sont majorées par l'entraînement, qui a également pour effet d'augmenter la capillarisation au niveau musculaire facilitant l'apport de glucose et d'insuline aux fibres musculaires. L'exercice musculaire régulier diminue l'insulinémie basale par augmentation de son catabolisme hépatique.

Une activité régulière permet donc d'entretenir ces effets positifs sur l'organisme car l'efficacité est limitée dans le temps sur la glycémie, mais surtout l'amélioration de l'insulino-sensibilité disparaît très rapidement en cas d'arrêt (1).

4. Recommandations de bonnes pratiques

D'après l'OMS, les adultes âgés de 18 à 64 ans devraient pratiquer au minimum 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue sur une semaine. L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes. (40) Pour obtenir des bénéfices physiques supplémentaires, il conseille de multiplier par deux la durée d'activité d'endurance d'intensité modérée et soutenue sus citée. Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires c'est à dire les muscles du dos, les abdominaux, les muscles des membres inférieurs et supérieurs, les fessiers devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine.

Il est tout de même important de préciser que les personnes de plus de 65 ans devraient aussi avoir une activité physique. Si la mobilité est réduite, ils devraient pratiquer une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine sans négligence des exercices de renforcement. Lorsque ces personnes ne peuvent atteindre les objectifs recommandés, en raison de leur état de santé, elles devraient être aussi actives qu'il leur est possible de l'être selon leurs capacités. (40) Cependant, il convient d'évaluer le niveau de motivation des patients pour pouvoir les accompagner vers une modification des habitudes de vie.

5. Evaluation de la motivation

L'évaluation du degré de motivation à changer de comportement est un élément important avant de prescrire l'AP. En effet, il conviendrait de s'adapter au modèle de Prochaska et DiClemente pour définir à quel niveau se situe le patient par rapport aux stades motivationnels les plus souvent décrits : pré-contemplation ou indétermination, contemplation ou intention, préparation, action, maintien ou consolidation (Figure 1). Au stade "indétermination", la personne est physiquement inactive et ne compte pas s'y mettre dans les prochains mois. À ce stade, il convient au moins d'informer le patient au sujet des bienfaits de l'AP. Au stade de "contemplation", la personne est inactive mais envisage de s'engager dans les prochains mois. On peut alors proposer une consultation à distance pour réévaluer la motivation. Au stade "intention", le patient est partiellement actif c'est à dire qu'il pratique une AP mais n'a pas atteint le niveau recommandé ou ne l'es pas encore mais est décidé : son but est d'y parvenir. Ces personnes nécessitent un suivi rapproché afin qu'elles n'abandonnent pas. Au stade dit "action", le patient est actif depuis moins de 6 mois. Le stade de "consolidation" indique que le patient est physiquement actif depuis plus de 6 mois. La "rechute" est possible et peut s'accompagner d'un arrêt temporaire ou d'une régression. Le suivi n'en demeure pas moins nécessaire pour que le patient réintègre le processus, en réévaluant sa motivation. La succession des différents stades ne suit pas le même ordre selon les individus. Chaque stade s'accompagne de conseils adaptés. (9)

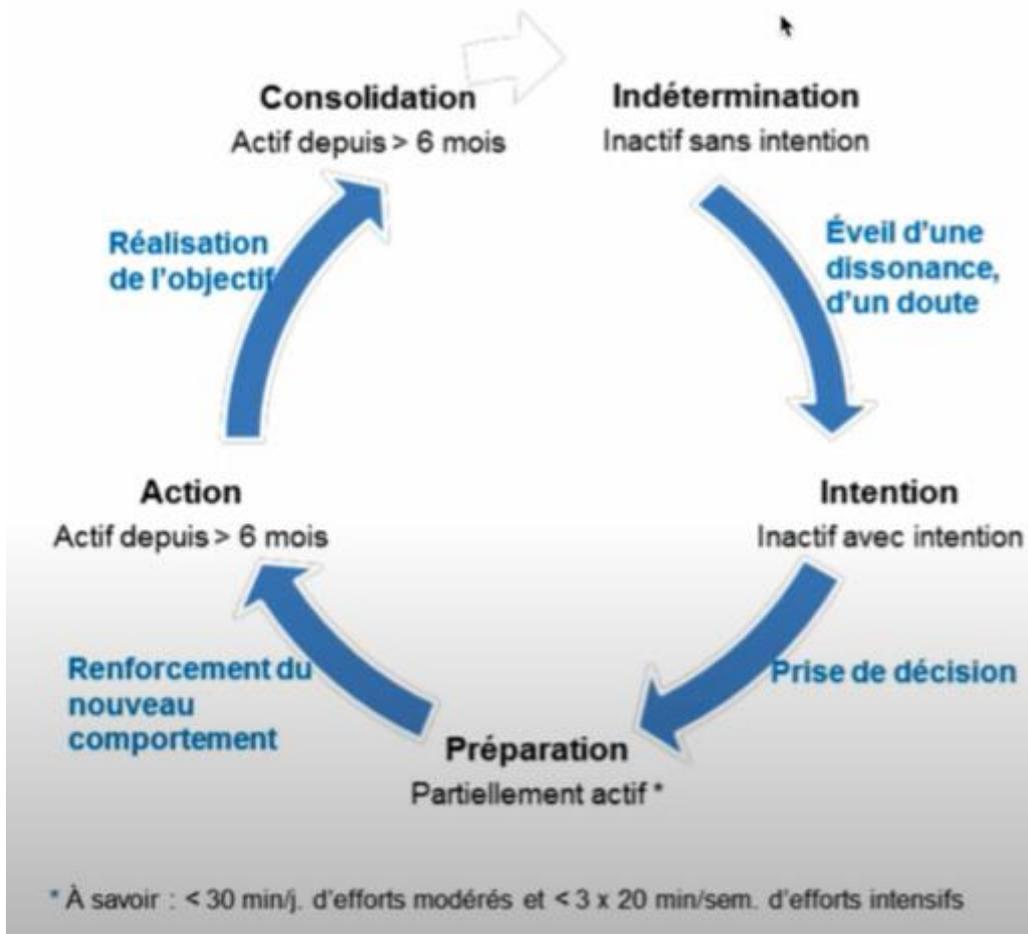


Figure 1 : Stades de motivation, modèle de PROCHASKA DI CLEMENTE

C) ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (APA)

1. Définition

Les formations et le concept d'APA apparaissent dans les années 1970 au Québec puis arrivent en Europe dans les années 1980 au sein des unités de formation et de recherche en sciences et techniques des activités physiques et sportives (UFR STAPS,) introduit via le symposium international en APA qui se déroula à l'Université libre de Bruxelles par Jean Claude de POTTER.

Ce dernier définit l'activité physique adaptée (APA) comme « tout mouvement, activité physique et sport, essentiellement basé sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des

conditions ordinaires ». L'APA agit au niveau fonctionnel en diminuant la déficience et les incapacités et au niveau social en réduisant les handicaps. (23)

Son action va permettre de compenser un déficit ou de le réduire et élargir la participation sociale des participants. Elle s'adapte aux besoins, aux capacités et objectifs des patients.

Une autre définition est aussi retrouvée. D'après le décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016, "la pratique régulière d'APA doit permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif afin d'augmenter le niveau d'activité physique et de réduire les comportements sédentaires, les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte". Le décret précise également que les techniques mobilisées relèvent des activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences" (15)

2. Professionnels de l'APA

Différents intervenants peuvent dispenser de l'activité physique adaptée.

Les plus connus sont les masseurs kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et psychomotriciens.

Les autres professionnels sont issus de plusieurs cursus différents. Ainsi, les professionnels titulaires d'un diplôme universitaire dans le domaine de l'activité physique adaptée (filière STAPS -APA), les titulaires de diplômes relevant du champ du Ministère des Sports à savoir le Brevet d'État d'éducateur sportif (BEES), le Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BPJEPS), le Diplôme d'État de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (DEJEPS) et les professionnels titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle (CQP). (15)

La fiche métier associée à la licence APA, dans le répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) précise que « Le professionnel a pour vocation de participer à la conception, la conduite et l'évaluation de programmes de prévention, de réadaptation ou/et d'intégration par l'activité physique adaptée auprès de groupes de

personnes relevant des catégories suivantes : troubles fonctionnels et métaboliques, troubles sensoriels et moteurs, troubles du comportement et de la personnalité, déficiences intellectuelles, inadaptation sociale, troubles liés au vieillissement, maladies chroniques ou létales... ».(23)

Chaque intervenant agit en fonction de la sévérité des atteintes fonctionnelles, ainsi seuls les professionnels de santé peuvent encadrer les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères. (Figure 2)(23)

Domaines d'intervention préférentiels des différents métiers :

MÉTIER	LIMITATIONS	AUCUNE LIMITATION	LIMITATION MINIME	LIMITATION MODÉRÉE	LIMITATION SÉVÈRE
Masseurs / Kinésithérapeutes		+/-	+	++	++
Ergothérapeutes et psychomotriciens (dans leur champ de compétences respectif)		(si besoin déterminé)	(si besoin déterminé)	++	+++
Enseignants en APA ⁽¹⁾		+/-	++	+++	++
Éducateurs sportifs		+++	+++	+	non concernés
Titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit sur l'arrêté interministériel		+++	++	+(2)	non concernés
Titulaires d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté interministériel		+++	++	+(2)	non concernés

Figure 2: Domaines d'intervention préférentiels des différents professionnels

3. Bénéficiaires de l'APA

L'APA peut être prescrite à tous les patients atteints d'une maladie chronique ou d'un état de santé pour lequel l'AP a montré des effets bénéfiques. Cependant, les séances ne sont pas remboursées par la sécurité sociale.

D'après le rapport de l'observatoire de l'activité physique et de la sédentarité en 2019, toutes échelles confondues à savoir au niveau régional, départemental, 83% des dispositifs s'adressent à des personnes en ALD. Cependant les bénéficiaires hors ALD sont également fréquemment ciblés, avec notamment 73% des dispositifs qui s'adressent à des personnes obèses ou en surpoids, 55% à des personnes atteintes d'hypertension artérielle (HTA), 45% à des personnes atteintes d'autres pathologies hors ALD et/ou de facteurs de risque cardiovasculaire, 51% à des personnes sédentaires et/ou physiquement inactives, 37% à des personnes âgées ou isolées, 36% à des personnes en situation de précarité, 27% à des personnes en situation de handicap. (15)

4. Thérapeutiques non médicamenteuses

a. Prescription des Thérapeutiques non médicamenteuses

Dans la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, on retrouve une légalisation de la prescription de l'APA qui, jusqu'alors, était recommandée seulement sous forme de règles hygiéno-diététiques.

C'est dans le Décret du 30 décembre 2016, à l'article L. 1172-1 du code de la santé qu'on peut lire cette légifération :

« Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD), le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. »

Le décret prévoit un modèle de formulaire pour la prescription de l'APA (6)

La HAS a, d'autre part, publié un guide et 6 référentiels par pathologie afin de faciliter la prescription dans le cadre de pathologies courantes à savoir l'obésité, l'hypertension artérielle (HTA), la bronchite chronique obstructive (BPCO), le diabète de type II, la maladie coronaire et les victimes d'AVC.

En 2016, l'université Paris Diderot a lancé le premier Certificat Complémentaire Optionnel (CCO) « Activités physiques, sportives et artistiques de santé ». L'objectif

est de proposer aux médecins une formation à la prescription d'une activité physique adaptée à leurs patients.

Il existe également des outils d'aide à la prescription tel que le *Vidal du Sport* qui existe depuis Décembre 2017. Ce nouvel onglet du Vidal intitulé *médicosport-santé* (17), a été publié par le Comité National Olympique et Sportif Français en coopération étroite avec la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport (SFMES). Il présente les bienfaits de chaque activité sportive en fonction des pathologies afin d'orienter les patients vers une activité physique appropriée. (15)

b. Rôles du MG

Fréquemment limitée à la délivrance du certificat de non-contre-indication à la pratique physique et sportive, le rôle du médecin traitant consistait auparavant à évaluer et écarter les risques. Or, il s'agit maintenant d'orienter son intervention vers la prescription d'APA alors que le patient n'en formule pas nécessairement la demande et que ce dernier, même sédentaire ou peu actif, ne présente éventuellement aucune pathologie exprimée au moment de la consultation.

Le médecin est au cœur de cette démarche car comme le stipule le décret le patient s'inscrit dans le parcours de soin. En vue de prescrire l'activité physique aux patients chroniques, une analyse du niveau d'activité habituel du patient est primordiale initialement. Par la suite, une évaluation des potentielles contre-indications est nécessaire à savoir le niveau de risque cardio vasculaire, le niveau de limitation fonctionnelle. En dernier lieu, en fonction des risques identifiés, une consultation médicale plus approfondie, est organisée pour permettre d'évaluer la nécessité d'examen complémentaire entre autres. Le médecin, au cœur de la prise en charge pluridisciplinaire, a toute sa place dans le suivi de l'activité physique, car il centralise le parcours de soin, il reçoit des comptes rendus de l'évolution des patients, et adapte la prise en charge (15) (25). Sa connaissance du patient permet de l'accompagner au mieux dans le choix de l'activité physique.

c. Prise en charge

Concernant les aides pour les patients, l'assurance maladie ne rembourse pas directement, à l'heure actuelle, la prescription de l'activité physique pour les personnes en ALD mais finance des projets sports-santé. Depuis la sortie du Décret Sport Sur Ordonnance, de nombreuses mutuelles et assurances proposent le remboursement de l'APA sur prescription selon leurs propres modalités. (Figure 3) (6)

Nom	Public
Swisslife	Tout public*
CNM Prévoyance santé	Tout public*
EOVI MCD Mutuelle « Santé Vitalité »	Personnes de 55 ans et plus*
M comme mutuelle	Tout public*
CCMO	Personnes touchées par une ALD*
Le groupe Pasteur et Mutualité	Personnes de 55 ans et plus*
MAIF	Tout public* Personnes touchées par une ALD de type tumeur maligne, diabète type 1 et 2, affections psychiatriques de longue durée, affections neurologiques et musculaires, épilepsie*
Harmonie mutuelle	Personnes victimes d'accident avec une Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) supérieure ou égale à 20 %*
Mutuelle du Soleil	Personnes touchées par une ALD*
MGEN	Tout public*

Figure 3: Mutuelle remboursant l'APA et conditions

D'autre part, la mutuelle ADREA, propose, elle aussi, depuis 2018, un accompagnement dans le domaine de l'APA. Cette offre concerne les patients salariés en ALD depuis 3 ans et aux salariés en arrêt de travail depuis plus de 3 mois. (2)

d. Réseaux

Des réseaux se sont mis en place à différentes échelles, afin de promouvoir l'activité physique d'une part, et de mettre en lien médecins, patients et éducateurs physiques d'autre part

En 2012, un dispositif d'activité physique sur prescription est initié et expérimenté par la ville de STRASBOURG sous l'impulsion du Dr Alexandre Feltz, adjoint au maire en charge de la santé. Ce dispositif de Sport-santé sur ordonnance de Strasbourg a ensuite été étendu à plusieurs autres communes. Le réseau ville santé de l'OMS permet un travail collaboratif de plusieurs villes françaises qui promeuvent une meilleure qualité de vie en bonne santé. La majorité de ces villes assure une prise en charge partielle ou totale du programme d'APA et une tarification selon le quotient familial notamment NARBONNE, PERPIGNAN, SÈTE, STRASBOURG...

Au niveau communal, de nombreuses associations, ayant développé le sport santé sur leur territoire, mettent en place des dispositifs d'AP sur prescription avec des soutiens institutionnels et sanitaires plus ou moins importants. Par exemple, l'association NÎMES Sport Santé porte le dispositif « Bougez sur ordonnance » soutenu par la municipalité, le Centre National pour le Développement du Sport (CNDS), l'ARS et la Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale (DRJSCS) Occitanie.

Au niveau départemental, les dispositifs sont le plus souvent portés par les comités départementaux olympiques et sportifs (CDOS), administrateurs de plateformes sport-santé développées dans le cadre du plan national sport santé bien-être de 2012. En dehors des CDOS, de nombreux réseaux de santé et de sport santé se sont formés afin de promouvoir et aider la population. On retrouve aussi différents dispositifs menés par des établissements de santé.

Au niveau régional, l'Agence régionale de santé (ARS) et la DRJSCS gèrent des plateformes recensant l'offre en matière d'APA et de sport santé, répertoriant les créneaux sport santé et parfois les ateliers passerelles sur leur territoire.

Ainsi, la DRJSCS d'Occitanie, pour ne citer que celle-là, déploie son dispositif « Bougez sur ordonnance » en appuyant les initiatives et structures locales du sport santé dans différentes villes comme ALÈS, BAGNOLS-SUR-CÈZE, CARCASSONNE, NÎMES, SÈTE, PERPIGNAN.

En Occitanie, il existe également un dispositif régional financé par les ARS, DRJSCS, et l'Agence national du sport, porté par l'association « effORMip ». Elle est probablement la première en France à avoir développé un réseau entièrement dédié à l'activité physique sur prescription en ambulatoire.

Ainsi de nombreuses villes, associations, réseaux ont à cœur d'inscrire l'activité physique dans une démarche thérapeutique concrète et pragmatique en aidant les professionnels de santé dans l'orientation des patients et aussi en aidant les patients afin qu'ils soient informés des aides mises en place et qu'ils soient, pourquoi pas, eux-mêmes demandeurs.

Les réseaux aident à la prise en charge des patients chroniques. La e-santé s'inscrit aussi dans cette démarche. "La e-santé apparaît de plus en plus comme la solution à mettre en place pour pallier aux difficultés de notre système de soins" notamment concernant la prise en charge des pathologies chroniques (50). Faisons alors un point sur les outils numériques actuellement utilisés dans le domaine de la santé.

D) Outils numériques en santé : e-santé

La e-santé correspond à l'application des technologies de l'information et de la communication (TIC) au domaine de la santé et du bien-être c'est à dire l'utilisation de contenu numérique lié à la santé, appelé également la santé électronique. La "e-santé" recouvre principalement deux domaines (50) :

- Les systèmes d'informations de santé (SIS) ou hospitaliers (SIH) qui organisent les échanges d'informations entre la médecine de ville et l'hôpital, ou entre services au sein d'un même hôpital. On y retrouve le dossier médical partagé (DMP), le système de la carte vitale, etc.
- La télésanté regroupe la télémédecine et la santé mobile c'est à dire la santé via les smartphones, les objets connectés et les applications "mode de vie /bien être" entre autres.

"Les outils numériques permettent la réactivité, la participation, l'implication, et l'interactivité". Les français attendent que la santé mobile assure la prévention, la surveillance de la santé, aide à rester en forme, permette d'être encouragé dans un effort et permette de faciliter le contact des structures d'urgence. Une majorité des consommateurs souhaiterait partager leurs données de santé avec leurs professionnels de santé « à des fins curatives ou à des fins de recherche » (50)

Le médecin généraliste coordonne les soins dans un monde où les outils numériques sont en plein essor.

Cependant, en ambulatoire, comment cela se passe-t-il avec les personnes en situation d'obésité ? Les patients bénéficient-ils d'une prescription d'activité physique ? Quels sont leurs besoins et leurs attentes ? Sont-ils accompagnés, suivis ? Comment pourrait-on améliorer les choses ? Un outil de suivi serait-il utile ? Quelle forme prendrait-il ?

C'est ce que nous tenterons de comprendre à travers cette étude dont le but est d'identifier, chez les personnes en situation d'obésité en ambulatoire, les besoins et les attentes en termes de suivi de l'activité physique dans la vie courante pour ensuite, dans un second temps, élaborer des perspectives de création et d'utilisation de l'outil de suivi idéal.

MATERIELS ET METHODES

A) Type d'étude

Cette étude est une enquête qualitative. Elle permet de recueillir les besoins, les expériences des personnes interrogées afin d'identifier des pistes pour améliorer la prise en charge. Elle permet aux patients de s'exprimer librement et donne à l'enquêteur plus d'éléments et de précisions pour comprendre les conduites et les attentes, ce qui serait difficile à analyser à travers une étude quantitative. (32)

R. Mucchielli dit en 1984 (36) : "Tout document parlé, écrit ou sensoriel contient potentiellement une quantité d'informations sur la personne qui en est l'auteur, sur le groupe auquel elle appartient, sur les faits et événements qui y sont relatés, sur les effets recherchés par la présentation de l'information, sur le monde ou sur le secteur du réel dont il est question". Cette citation résume bel et bien ce qui est important pour atteindre notre objectif.

B) Recrutement et constitution de l'Echantillon

Nous avons effectué les entretiens avec des personnes de Montpellier (Hérault) et de Créteil (Val de Marne). Les patients ont été recrutés via leur médecin généraliste. D'une part, les médecins interrogés par le Dr PADOU Treicia en 2019 au cours de l'étude qualitative qui avait pour but d'identifier chez les Médecins généralistes les représentations et les perspectives d'élaboration d'un outil de liaison concernant le maintien de l'activité physique chez les patients en situation d'obésité, ont accepté de proposer aux personnes correspondant à nos critères. Sur les 10 médecins interrogés,

3 ont accepté de proposer l'étude à leurs patients. D'autre part, les patients de la région de Créteil ont été recrutés par l'enquêtrice elle-même, dans le cadre d'un remplacement.

Enfin, des personnes adressées par leur médecin, pour une consultation spécialisée en nutrition, au Centre Spécialisé de l'obésité (CSO) de Montpellier, ont été intégrés avant leur premier rendez-vous avec un spécialiste

Les personnes incluses dans l'étude étaient majeures, atteintes d'obésité avec ou sans comorbidités mais sans contre-indications absolues à la pratique d'activité physique. Ainsi 15 patients nous ont été adressés et ont accepté de participer à l'étude : 9 personnes de Montpellier et 6 de Créteil. Ils ont tous signé le consentement proposé.

C) Recueil de données

Le recueil de données a été réalisé par des entretiens individuels semi dirigés par téléphone du 1er Février au 1er avril 2020 en raison du contexte sanitaire liée au COVID-19 après rendez-vous fixé avec le patient. L'entretien était enregistré via l'application "call recorder" après avoir informé le patient et obtenu son accord oral. Il était par la suite retranscrit mot à mot dans un document WORD par la thésarde, sur un ordinateur avec code d'accès, de façon anonyme. Les entretiens ont été menés sur la base d'un guide disponible en annexe. Le recrutement a pris fin dès que nous avons constaté une redondance des informations recueillies. Ainsi nous sommes parvenues à saturation au bout de 12 entretiens c'est à dire que nous ne recueillions plus de nouvelles données pertinentes.

D) Analyse des données

Nous avons réalisé une analyse de contenu thématique, appropriée pour l'analyse des idéologies, des systèmes de valeurs, représentations ou opinions recueillies au niveau des individus lors d'entretiens individuels semi dirigés. Ce guide a ensuite été testé sur les deux premiers entretiens mais n'a pas été modifié car il semblait adapté pour recueillir le vécu des patients.

Chaque entretien a ainsi constitué un verbatim (V1 à V12). Des points de suspension ont été notés pour signifier des hésitations, des pauses, des temps de silence. Les données ont été retranscrites fidèlement et de manière confidentielle, mot à mot avec une double relecture. Chaque verbatim a été analysé en suivant une démarche inductive et phénoménologique. Chaque entretien était analysé et codé avant le suivant pour pouvoir adapter le guide. Le codage a été effectué en double aveugle par le Dr Treicia PADOU et l'enquêtrice. L'analyse nous a permis de mettre en lumière différents thèmes, sous thèmes et des grands axes. La triangulation des données a été réalisée par croisement de l'analyse des deux enquêtrices entre chaque entretien. Le Dr PADOU n'avait aucun accès aux données nominatives. Le codage a été réalisé à l'aide du logiciel N.VIVO 12.

Sur le plan éthique, l'avis d'un comité d'éthique n'a pas été jugé nécessaire selon la loi Jardé de 2017. De plus, notre intérêt portait sur les besoins et attentes des patients et non sur leur prise en charge thérapeutique.

RESULTATS

A) Caractéristiques de la population étudiée

Quinze personnes ont été recrutées pour les entretiens. Nous avons finalement réalisé 12 entretiens car nous sommes arrivés à saturation. La durée moyenne des entretiens est de 30 minutes. Parmi les patients, 3 viennent de Créteil, 9 viennent de Montpellier. L'échantillon est constitué de 3 hommes âgés de 25 à 53 ans et de 9 femmes de 26 à 60 ans soit 25% d'hommes et 75% de femmes. La moyenne d'âge est de 36,5 ans. Parmi les patients, un est au chômage et un en invalidité.

	Sexe	Âge
V1	F	55 ans
V2	H	53 ans
V3	F	30 ans
V4	F	33 ans

V5	F	60 ans
V6	F	35 ans
V7	H	53 ans
V8	F	44 ans
V9	F	38 ans
V10	H	28 ans
V11	F	30 ans
V12	F	30 ans

Intéressons-nous tout d'abord au style de vie des patients afin de pouvoir contextualiser et comprendre leurs habitudes, leur organisation, leurs obstacles potentiels.

B) Mode de vie des patients

Nous allons tout d'abord nous attarder sur le mode de vie des patients et faire le point sur leur pratique éventuelle d'une activité physique ce qui pourra nous aider à comprendre leur rythme de vie et par la suite leurs besoins pour parvenir au maintien ou à l'initiation de la pratique de l'activité physique.

1. Environnement

Vivre en milieu rural par rapport aux espaces verts propices à la marche ou la course peut être un atout pour pratiquer plus simplement une activité physique pour certains. C'est ce qu'exprime V5 *"mon mari et moi, on a décidé d'attaquer la marche. On a la chance d'habiter à la sortie du village et on est de suite dans la campagne donc avec mon mari on a décidé ça"*

Pour d'autres, en milieu urbain dans un périmètre limité, tout est plus facilement accessible et permet de mieux s'organiser comme le montre V3 *"Le matin je dépose mes filles à l'école, je vais vite au travail. A midi je vais au sport et après je reprends"*

le travail. L'après-midi je vais récupérer mes filles, je m'occupe d'elles et voilà je ne m'arrête pas"

2. Profession

Certains métiers dits sédentaires, obligent à passer un temps conséquent c'est à dire supérieur à 5h devant un écran comme V7 *"Je suis cadre bancaire et puis après on ne bouge pas beaucoup"*

D'autres, demandent d'être assez actif comme V2 *"Je suis directeur de dépôt, j'ai 30 collaborateurs, mes journées commencent tôt le matin, j'arrive sur les coups de 7h et je repars vers 17h" ... "Je navigue sur 7000m2. Je suis plutôt sur le terrain avec les équipes et les clients donc je bouge beaucoup"* et V4 *"je suis à mon compte donc c'est déjà très très prenant, je suis traiteur"*.

L'expérience de certains patients montrent que leur métier favorise la restauration rapide, grasse et une alimentation plaisir quasi quotidienne : *"Je mange beaucoup au restaurant surtout avec mes clients et je ne fais pas spécialement attention à ce que je mange en général"* d'après V2, *"donc c'est encore plus difficile pour l'alimentation parce que je mange très gras"* selon V4.

3. Vie de famille

La vie de famille, au même titre que le travail, peut représenter une difficulté pour organiser son temps surtout en tant que parent car il faut pouvoir occuper les enfants ou les faire garder. Une patiente, célibataire, organise ses activités en fonction de son fils, et utilise les divertissements choisis pour lui pour être dans cette démarche : V6 *"on fait une activité le matin et repos l'après-midi ou inversement. Ça peut être vélo, balade en forêt, jardinage. On essaie d'être dehors au maximum."* *"16h je récupère mon loulou à l'école et en général c'est suivi d'une petite balade durant une demi-heure ou une heure soit ça passe par faire les courses soit par une balade en centre-ville"*.

Une autre personne de notre échantillon s'organise avec son conjoint pour alterner leur séance d'activité physique par rapport au mode de garde des enfants : V3 *"mon mari et moi on essaie au maximum de s'organiser pour que chacun ait son moment de sport parce que ça fait vraiment partie de notre vie"*

4. Activité physique pratiquée

Sur 12 patients, 7 pratiquent une activité physique régulière notamment la marche, la natation, le crossfit. Certains depuis plus longtemps que d'autres.

Parmi eux, un patient bricole régulièrement V2 *“je m'attelle à faire quelques travaux quand je rentre”*

Sur les 5 autres :

4 patients ont pratiqué une activité physique et ont arrêté pour des raisons diverses comme les problèmes financiers, le manque de temps. Ces derniers ont prévu de recommencer dans les prochains mois une activité plus régulière comme V6 *“J'attends un petit peu et je pense que je parviendrai à m'organiser des choses plus régulières en 2e semestre de 2020”* et V5 *“c'est ce qu'on a l'intention de faire avec mon mari dès que j'aurais réglé mon problème, c'est la marche.”*

Un patient n'en a jamais fait régulièrement.

5. Antécédents médicaux

4 patients présentent des pathologies secondaires à l'obésité : l'hypertension artérielle, l'apnée du sommeil, les coronaropathies, les douleurs articulaires. Ces éléments doivent être pris en compte pour accompagner et conseiller au mieux chaque patient.

V2 *“je fais de l'apnée du sommeil, je fume, je fais de l'angor et mon poids ne m'aide pas, même si mon appareillage m'a permis de passer de 44 apnées à quasiment 1 donc il faut faire attention à tout ça”,* V4 *“j'ai des douleurs au niveau des genoux”*

V7 *“lors des visites trimestrielles quand je renouvelle mes traitements pour la tension”,*

V6 *“déjà j'ai des douleurs au niveau du dos, j'ai déjà demandé des séances de kiné, même si je sais que le poids y est pour beaucoup”.*

C) Prise de poids et pratique d'activité physique : causes et prise en charge

1. Multiples causes identifiées

Les causes de la prise de poids sont multiples, et les patients en ont identifié quelques-unes relatives à leur vécu :

a. Causes psychologiques

V5 *“Pour moi manger, c’est mon refuge parfois. J’ai des tas de raison qui font que je n’ai pas envie de m’embêter. Vous voyez j’ai perdu ma mère il y a 3 mois et là du côté de mon mari on vient de perdre quelqu’un qu’on affectionnait beaucoup. Je fais 95 kg, je suis essoufflée. Mais je n’ai pas envie de me prendre la tête, et si je dois mourir ben ça arrivera vous comprenez ? je ne veux pas me prendre la tête”*

V12 *“j’ai tellement fait de régime dans ma vie, que maintenant je ne me prive pas. J’en ai envie alors je mange. Quand je suis stressée, je mange gras ou sucré pour me reconforter”*

b. Causes médicamenteuses

V2 *“Je prends un traitement qui n’aide pas non plus, je prends du SIFROL pour la maladie des jambes sans repos. Il donne des addictions et chez moi c’est l’alimentation.”*

c. Sédentarité

V8 *“Je suis au chômage donc le plus clair de mon temps sert à la recherche d’emploi, donc toujours sur l’ordinateur” “le sport je n’en vois pas l’intérêt”*

V7 *“je suis cadre bancaire et puis après on ne bouge pas beaucoup”*

d. L’alimentation

V4 *“je suis traiteur donc c’est encore plus difficile pour l’alimentation parce que je mange enfin je mangeais très gras”*

V11 *“je suis une grande mangeuse, non pas que je mange beaucoup, mais je grignote et j’aime manger au restaurant*

e. Le tabagisme et l’arrêt du tabac

V4 *“Parce que moi j’ai pris 20kg à cause de la cigarette, enfin à cause et autres choses, mais ces 20kg là je recommence à m’en libérer, mais ce n’est pas évident.*

V7 *“J’avais dit que l’année 2019 était l’année de l’arrêt du tabac donc je voulais impérativement arrêter de fumer donc je m’en fichais de prendre du poids”*

2. Prise en charge pluridisciplinaire

L'obésité est une pathologie aux causes multiples dont la prise en charge est pluridisciplinaire et fait donc appel à différents spécialistes : nutritionniste, endocrinologue, psychologue, chirurgien.

V4 "Je sais qu'il y a aussi le poids des « maux » donc un accompagnement psychologique sur la perte de poids"

V3"Je pense en réalité que toutes les spécialités en charge du patient obèse devraient y avoir accès la diététicienne, nutritionniste, endocrinologue même les chirurgiens"

V5 "il a vu mon problème et il m'a dit je vais vous envoyer vers un nutritionniste."

D) Médecine Générale vue par le patient

Les médecins généralistes sont le premier recours face aux problèmes de santé, notamment en ce qui concerne l'obésité. Attardons-nous alors sur le ressenti des patients au sujet de cette prise en charge et du médecin.

1. Le médecin généraliste

a. Influence de l'âge

La notion d'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse est plutôt récente. Elle est plus facilement évoquée et considérée par les jeunes médecins, d'après l'expérience des patients. En effet, ces derniers remarquent une différence de pratique entre les médecins plus jeunes et plus anciens :

V1 "Et je pense que tous les jeunes médecins sont plus tournés vers le bien être que les anciens, nous aider à manger, à avoir une activité pour se dépenser. Ils s'intéressent plus facilement à ce qu'on a mangé, est ce que vous avez couru, est ce que vous avez bu"

V4 "alors j'ai changé de médecin entre temps (...) Mon médecin traitant est jeune donc il est bien à l'écoute"

Le regard neuf d'un remplaçant plus jeune s'avère être différent de celui du médecin habituel : *V5 "c'est son remplaçant qui m'a parlé de mon problème de poids. Et c'est lui qui a commencé à s'occuper de moi et de mon poids et à m'adresser à un*

spécialiste. Il m'a parlé du Dr A..... Donc si vous voulez c'est la nouvelle génération de médecin"

b. Place du médecin généraliste dans l'accompagnement.

Le médecin traitant est le premiers recours. Il est le premier interlocuteur et celui qui est considéré comme étant le mieux placé, selon certains patients, pour donner des conseils, des pistes au sujet des règles hygiéno diététiques et pour accompagner le patient, le motiver. Il est au centre de l'éducation thérapeutique : V4 *"il m'accompagne il m'aide beaucoup dans le fait de me donner des conseils sur l'activité physique par exemple la marche, le nombre de kilomètre qu'il faut que je fasse pour pouvoir essayer d'éliminer, pas forcément maigrir mais voilà"*

V11 *"un médecin il est là pour vraiment notre santé, pour qu'on se sente mieux donc je pense qu'un médecin est beaucoup plus à l'écoute qu'un coach dans une salle"*

V7 *"par des discussions lors des visites trimestrielles quand je renouvelle mes traitements pour la tension. Elle me demande si je bouge un peu parce qu'elle a vu l'évolution de mon poids et puis m'encourage à bouger"*

Un patient estime que ce n'est pas à lui de gérer l'évolution du poids, ou la pratique de l'activité physique car il est déjà suffisamment occupé : V6 *"non parce que pour moi le médecin n'a pas à gérer ce genre de choses"*

c. Manque d'implication du médecin généraliste

Malgré ce rôle de premier recours, il est à déplorer par 11 patients, un manque d'implication de la part des médecins en ce qui concerne le suivi de l'activité physique et de l'évolution du poids. Le conseil est présent mais limité et superficiel ce qui laisse les patients livrés à eux-mêmes.

V1 *"je lui avais demandé s'il n'y avait pas des cures etc ... Il m'avait dit non non non ça n'existe pas. Il n'a pas essayé de m'aider en disant oui vous pouvez faire cette cure ici, vous pouvez faire du sport, aller dans telle ou telle ville de France et c'est dommage quoi."*

V3 *"Il me demande si je fais du sport si tout va bien, si je n'ai mal nulle parteuh... mais sinon au niveau du sport je trouve les médecins ils ne font pas trop de suivi quand même hin"*

V5 *“Moi j’ai des problèmes de poids tout ça, il m’a dit qu’il fallait que je réagisse mais c’est tout, il ne m’a pas dit « allez marcher » ni quoi que ce soit d’autres comme conseil. C’est mon médecin depuis plus de 20 ans donc je peux vous le dire.”*

V9 *“Donc moi je n’aime pas non plus le côté médical alarmiste et tout ça ne sert à rien de me dire tout ça si on ne me dit pas comment faire, si on ne me guide pas”*

d. Difficulté à entreprendre un suivi

Lors des entretiens, certains patients ont mis en évidence le fait que la prise en charge du poids et le suivi était hors du champs de compétence du médecin : V1 *“j’ai compris comme il l’a dit que ce n’est pas son domaine et aussi peut être qu’il peut m’écouter mais il ne peut pas m’aider ... chacun sa spécialité”* *“se cantonne à sa médecine générale. Je trouve que c’est un bon médecin malgré tout”*

Les gestes conventionnels comme la prise de tension sont réalisés mais le suivi est peu abordé : V5 *“Chaque fois que j’y vais il me prend la tension, me fait monter sur la balance, il note le poids et tout mais jamais le reste”*

V10 *“La dernière fois que j’ai vu un médecin il m’avait dit que je devais perdre du poids pour ma santé mais ensuite il ne reprenait pas mon poids pour voir sil il y avait une amélioration par rapport à la fois précédente”*

Face à un médecin qui n’aborde pas le sujet de l’activité physique, les patients ne se sentent pas légitimes de l’évoquer à leur tour, sous entendant que cela devrait venir d’eux : V5 *“il ne l’a jamais fait, alors moi bah non plus. Je connaissais mon problème et c’était à moi de le gérer de toutes les façons”*

V3 *“il ne l’a jamais évoqué, pas le moins du monde, le poids, le sport. Du coup j’ai cherché de l’aide ailleurs, seule. C’est difficile de trouver un autre médecin donc”*

2. La consultation

a. Freins à l’expression

La durée de consultation est estimée trop courte pour pouvoir sereinement aborder différents sujets notamment celui du poids d’après les patients.

V1 *“Et il y a toujours beaucoup de monde beaucoup de patients, c’est un peu speed je trouve. Et des fois, on a besoin de parler, on a besoin d’écoute comme la dernière fois je suis venue pour quelque chose et je suis repartie sans l’avoir fait.”*

V6 *“quand on va voir le médecin, on a à peine 10min montre en main pour pouvoir exposer pourquoi on vient et tout, être examiné et hop on est déjà reparti. Donc ce n'est pas du tout une chose qu'on peut aborder.”*

Certains patients se sentent gênés d'aborder le sujet V9*“parce que je suis un peu gênée”*, craignant peut-être d'être jugé.

b. Stigmatisation

Le jugement, les reproches sont à l'origine de blocages et de traumatismes chez les patients. La stigmatisation est bel et bien décrite et perçue par les patients atteints d'obésité vis à vis des professionnels de santé.

V9*“Ma gynéco est très portée sur le poids et chaque fois que je sors de son cabinet je suis en larmes parce qu'elle me dit « vous avez encore pris du poids, il faut absolument que vous maigrissiez, vous avez 2 solutions, soit vous faites du sport intensivement, soit vous vous faites opérer »”*

V8*“On ne me dit pas d'en faire parce que c'est bon pour la circulation, pour les articulations etc mais juste par rapport à mon poids. Donc l'image qui est renvoyée c'est « ce n'est pas bon d'être grosse » et donc ça avec moi ça ne marche pas du tout ça fait carrément tout le contraire.”*

Un jugement est aussi ressenti en salle de sport : V9 *“ je me suis abonnée des tas de fois et au final je me retrouve comme la grosse qui essaie de faire du sport et ça n'avance pas”*

L'IMC permet de déterminer les différentes classes de l'obésité. C'est la base utilisée pour alerter les patients. Quelques patients déplorent cet aspect de la médecine qui participe à la stigmatisation, à limiter le patient à des chiffres sans s'intéresser au vécu: V9 *“alors il y a aussi un truc impossible pour moi c'est l'IMC(...) je pense que c'est un truc global mais on ne peut pas faire tout le monde rentrer dedans. Le problème c'est qu'il faut suivre ça pour classer les gens, mais il y a des personnes avec lesquelles ça ne marche pas. Je trouve que les médecins sont un peu trop chiffres.”*

V11 *“ l'IMC mais surtout le poids, je devais en permanence m'en soucier étant plus jeune, et aujourd'hui je ne supporte plus d'en parler”*

c. Relation médecin-patient

L'approche centrée sur la personne vise à tenir compte de tous les aspects de la vie du patient. Elle est orientée vers l'écoute, l'échange. Certains patients déplorent l'absence des échanges autres que médicaux :

V1 *“Oui moi je trouve qu'un médecin il peut déborder sur la généralité de sa médecine et prendre des nouvelles « comment vous allez ? comment vous manger ? est-ce vous faites du sport ? vous fumez ,vous ne fumez pas ? avez-vous des amis , comment ça se passe avec votre mari ou votre femme ? » vous voyez des choses de tous les jours, prendre des nouvelles humain à humain quoi... pas médecin à patient.” “qu'on dirait plutôt bonjour comment allez-vous et pas bonjour la carte vitale. Les médecins c'est toujours ça ...la carte vitale ...*

D'autres sont plutôt satisfaits de la façon dont leur médecin aborde la consultation, ils perçoivent un intérêt de la part du médecin :

V7 *“On en parle dès qu'on se voit. Elle me demande si je continue, elle m'encourage. Ça me motive.”*

Le lien de confiance existant incite les patients à attendre du médecin qu'il leur vienne en aide : V2 *“la relation de confiance qu'on peut avoir avec ses médecins, ils connaissent leur boulot comme moi je connais le mien, du coup ils peuvent se baser sur les retours des patients pour en orienter d'autre vers des spécialistes et dire « voilà, lui il est compétent dans ça etc »*

E) Attentes des personnes interrogées

1. Vis à vis du médecin

Le bien être est prôné partout, le médecin généraliste pourrait aider en ce sens :

V1 *“Parce qu'aujourd'hui on est dans l'air du bien-être, du spa, des huiles essentielles avec toute la paramédicale, la réflexologie plantaire, l'acupuncture, les naturopathes...enfin tout ce qui tourne autour...les diététiciennes et tout ça...mais je trouve que le généraliste il peut aussi nous aider dans ce sens”*

Les patients comptent sur leur médecin afin qu'il les guide dans leur démarche de changement d'habitudes alimentaires : V2 *"qu'elle me dise voilà il faut que vous soyez suivi pour votre alimentation"*

Ils attendent de lui qu'il les aide à choisir la meilleure activité physique par rapport à leurs capacités et des conseils associés : V3 *"Je sais que quand on a du poids on ne peut pas tout faire parce qu'on a des articulations fragiles, je sais qu'on ne peut pas tout faire. Donc qu'il me dise quel sport je pourrais faire par rapport à ma corpulence, qu'est-ce que je peux intégrer doucement et qu'est-ce que je ne peux pas faire pour le moment et voir progressivement l'évolution. Ça j'aurais aimé"*

V4 *"des conseils sur l'activité physique, sur comment perdre et pourquoi perdre à cet endroit-là"*

Certains aimeraient pouvoir être orientés, avoir des adresses pour être pris en charge correctement : V7 *"moi ce que j'aimerais bien ce serait des adresses"*

D'autres aimeraient un suivi régulier et une prescription de la part du médecin
 "V9 *Mais s'il me prescrit 2H de sport et que je retourne le voir un mois plus tard et on voit ma masse grasse, la masse sèche et qu'il me dise il faut plus faire ça ou moins faire ça. Un suivi comme ça se serait très bien.*

2. Vis à vis de l'outil

Les attentes concernant l'outil de suivi proposé aux patients sont diverses. Mais un aspect est retrouvé chez pratiquement tous les participants à savoir la possibilité de partager les données avec le médecin traitant avec une nuance c'est à dire que ce dernier ait tout de même le temps d'y porter attention : V7 *"Mais bon il faut aussi qu'ils aient le temps de s'en occuper les médecins, c'est aussi la condition. Parce ce que juste les mettre au courant par email et les e-mails sont effacés aussitôt arrivés ça ne sert à rien non plus"*

Y porter attention c'est bien, mais pouvoir suivre et encourager les patients c'est mieux : V8 *"grâce à ça, il ne demandera pas à chaque fois est ce que vous faites quelque chose ? il suivra lui-même mon évolution sur le plan de l'activité physique. Et puis de temps en temps un médecin peut encourager son patient, « continuez comme ça, vous*

avancez bien », ce genre de choses ça fait toujours plaisir. Ça fait toujours du bien d'avoir des compliments de la part de quelqu'un d'autre que l'entourage proche."

Des patients aimeraient pouvoir partager leurs données avec les différents spécialistes qui interviennent dans la prise en charge de l'obésité : V3 " *Je pense en réalité que toutes les spécialités en charge du patient obèse devraient y avoir accès même les chirurgiens."*

L'outil doit permettre au patient de se mettre en mouvement notamment par des rappels ou des rendez-vous, le motiver grâce notamment à des objectifs croissants, mais aussi lui permettre de pouvoir objectiver les effets des efforts fournis

V2 " *les objectifs il faut qu'ils soient croissants. Parce que si c'est pareil d'une semaine à l'autre ce ne sera pas intéressant pour moi"*

V9 " *j'aimerais bien qu'il y ait des choses qui me font prendre conscience de ce que je fais. Je sais bien que ça ne peut pas être immédiat mais au moins au bout d'un mois ce serait bien d'avoir du concret pour nous encourager : on a dépensé tant d'énergie, on a gagné ça etc*

V6 " *je peux passer 3h assise sans bouger, donc si mon téléphone me dit hop hop ça fait un moment que tu n'as pas bougé : je me lève, je fais un aller-retour, des escaliers 3 étages on monte et on descend. Enfin c'est une idée."*

F) Activité physique

1. Freins à la pratique

a. Manque de temps

Le manque de temps par rapport au travail V4 " *je suis à mon compte donc c'est déjà très très prenant, je suis traiteur "* et aux enfants V6 " *Actuellement je n'ai pas de créneaux fixes pour m'abonner à un cours, parce que j'ai la garde de mon fils les ¾ du temps"* ainsi que la fatigue V10 " *trop de fatigue"* sont évoqués comme étant des obstacles à l'instauration de la pratique régulière d'une activité physique. D'autres facteurs ont été mis en évidence lors des entretiens.

b. Conditions météorologiques

Les saisons et les conditions météorologiques sont des facteurs identifiés comme pouvant freiner la pratique d'une activité physique en milieu aquatique " *V1 l'hiver je*

suis plutôt casanière” ou en extérieur “V8 ça dépend du temps, s’il fait moche je reste chez moi.” et peuvent rendre difficile la reprise en termes de motivation.

c. Aspects psychologiques

Le manque de motivation, l’aversion pour l’activité physique et le fait de devoir s’entraîner seul freinent l’initiation d’une activité ou la pratique régulière : *V10 la flemme parfois sinon c’est tout*

V7 Je crois que la grosse perte de motivation que je pourrais ressentir pourrait venir de la solitude

V8 “je n’ai aucune motivation, c’est psychologique” “le sport et moi ce n’est pas le grand amour...ça ne m’attire pas du tout”

Le regard des autres et le manque de confiance en soi favorisent le repli sur soi même et anesthésient toute envie ou motivation : *V12 “faire du sport en salle, je ne pourrai jamais, j’ai l’impression que tout est fait pour qu’on remarque qu’il y a une grosse”*

V11 “j’ai finalement demandé de l’aide, je ne pouvais pas m’assumer pendant longtemps et donc encore moins aller courir ou un truc comme ça”

d. Forme physique

L’état de santé influe sur la pratique de l’activité physique notamment les douleurs articulaires. Des blessures peuvent survenir au décours d’une séance et conduire à un arrêt de la pratique pour une durée indéterminée : *V5 En fait là j’ai un problème avec mon pied droit, j’ai du mal à marcher et j’ai rendez-vous avec un podologue pour pouvoir mettre des semelles et dès que ce problème sera résolu, mon mari et moi, on a décidé d’attaquer la marche*

V10 “oui quand même ça doit faire 3 mois mais je commence puis je m’arrête par rapport à des blessures “

Les courbatures survenant après un entraînement peuvent alimenter l’aversion de certain à pratiquer une activité physique : *V8 au niveau des muscles et tout...des courbatures*

Le fait de ne pas pouvoir objectiver les effets bénéfiques assez vite peut emmener les patients à baisser les bras : *v9 “Parce que j’ai essayé, je me suis abonnée des tas de fois et au final je me retrouve comme la grosse qui essaie de faire du sport et ça n’avance pas.... donc je n’y vais plus trop”*

e. Aspect financier

Le coût que peut représenter une inscription en salle de sport ou dans un club ou à une quelconque activité, pèse lourd dans la balance budgétaire :

V5 “ l’aspect financier en réalité. Mon mari est à la retraite, il a une petite retraite, moi je vais l’être bientôt et j’ai une petite pension d’invalidité donc c’est faute de moyen”

V6 “Là actuellement c’est aussi dû à un problème financier parce que c’est 300 eu l’abonnement à une salle.”

2. Source de motivation

a. Suivi par le médecin généraliste

Le suivi de l’activité physique par le médecin peut avoir un effet bénéfique sur la progression du patient vis à vis de son investissement. L’accompagnement et les compliments encouragent le patient : *V7 On en parle dès qu’on se voit. Elle me demande si je continue, elle m’encourage. Ça me motive*

V8 Et puis de temps en temps un médecin peut encourager son patient, « continuez comme ça, vous avancez bien », ce genre de choses ça fait toujours plaisir. Ça fait toujours du bien d’avoir des compliments de la part de quelqu’un d’autre que l’entourage proche.

b. Soutien des proches

Les proches sont souvent ceux qui aident à faire ressortir le meilleur d’un individu et aident à se dépasser pour permettre d’atteindre les objectifs fixés soit en accompagnant soit en encourageant :

V2 “Et puis j’aurais voulu que ma femme aussi puisse voir mes progrès”

V12 “ mon mari m’accompagne pour me donner la force”

c. Amélioration de la santé

L’activité physique a un effet bénéfique sur la santé en général, et sur le plan physique et psychologique.

V3 je pense même que ça me fait bien plus de bien sur le plan psychologique, ça me vide énormément la tête. Parce que vu le travail que je fais et les journées que j’ai, même si je suis fatiguée je vais au sport quand même.

V6 “Alors que marcher et être encouragé c’est super bénéfique.”

V10 "j'essaie de m'y tenir au maximum pour perdre du poids. J'ai perdu 2kg et je constate que je cours plus longtemps, ça m'aide à continuer."

d. Entraînement collectif

L'entraînement en groupe favorise l'entraide et le soutien pour atteindre l'objectif fixé et partagé par tous. De plus cela permet de s'obliger les uns les autres à honorer les différents rendez-vous et à rester fixer sur le but.

V4 "Ca peut être à mon avis une source de motivation et un partage, une entraide. Voir qu'on n'est pas seul dans ce cas-là, voir qu'il y a d'autres personnes en difficulté et que tout est possible."

V7 "à un moment on se dit ah ben je n'en fais pas aujourd'hui alors que si on doit faire avec d'autres là on y va (...) le fait d'être plusieurs en même temps à bouger ça boost"

3. Prescription de l'Activité physique

Les patients sont demandeurs d'une prise en charge par leur médecin traitant, d'une prescription pour les aider à prendre conscience des bienfaits de l'activité physique et de la nécessité de pratiquer : *V1 "C'est très important. Carrément nous donner une ordonnance pour l'activité physique, c'est vrai, ça peut se faire."*

V9 "s'il me prescrivait des séances de 2H pour aller dans un centre toutes les semaines ou je ne sais pas à quelle fréquence c'est le médecin qui décidera, je pense que ça m'aiderait parce que déjà ce créneau-là dans ma tête je me dirai c'est médical, c'est important que je prenne ce créneau-là."

4. Activité physique Adaptée

L'idéal des personnes en termes de prescription correspond à la définition de l'activité physique adaptée. Non seulement elles souhaiteraient une prescription mais elles sont demandeuses d'une prise en charge individualisée, adaptée à leur capacité, leurs pathologies :

V2 "Qu'elle me dise qu'il va falloir faire des efforts, s'engager et avancer. J'aurais voulu qu'on ne me suive en n'oubliant pas la notion de bien-être et qu'on prenne en compte tous mes problèmes, mes médicaments, mon angor et tout. Qu'on me fasse un check up, un état des lieux pour pouvoir m'accompagner au mieux et qu'avec tout ça on me propose une démarche qui me corresponde"

V7 *“des gens qui m’aideraient à faire une activité mais en tenant compte de mes problèmes et de mon niveau de débutant, pas de manière intensive.”*

G) Outil de suivi

Les entretiens ont permis de recueillir les avis de chaque patient en vue d’obtenir une ébauche de l’outil idéal de chacun d’entre eux. En effet, il serait impossible de créer un outil conforme aux besoins de chacun... Les personnes interrogées étaient informées de cette réalité durant les entretiens.

1. Types d'outil évoqués

Au cours des entretiens, nous laissons les patients évoquer le format qui leur correspondrait le mieux, numérique ou non. S’ils réclamaient des exemples, nous citons le carnet, le site, les SMS... Dix patients ont opté pour un outil numérique connectée. Une patiente préférait recevoir un message classique à différents moments de la journée V4 *“un petit BIP 4 fois par jour ça peut être bien pour ne pas perdre le fil de la motivation”* et une autre ne savait pas quelle forme lui conviendrait le mieux mais estime qu’il faut un outil qui la contraigne par exemple en devant rendre des comptes à quelqu’un ou par une contrainte financière V5 *“je ne sais pas trop. Vous me direz peut-être la télévision mais si je n’ai pas envie je ne l’allume pas et c’est tout. Vous voyez ? (...) Je pense que ce serait un outil qui me pousse à faire les choses, que ce soit une obligation ”*. Parmi ceux qui souhaitent une forme connectable, un patient souhaitait un site V7 *“un site qui s’adresserait à toutes personnes selon son niveau sportif”*, une patiente préfère un groupe via l’application whatsapp géré par le médecin V1 *“déjà pas un site internet mais via WHATSAPP parce que pour moi je trouve que c’est plus facile ”*, les neuf autres préfèrent une application à utiliser avec leur smartphone.

Une personne avait déjà utilisé un carnet de suivi qu'elle a égaré, ce qui l'encourage à promouvoir l'application V6.

2. Fonctionnement

Onze personnes indiquent qu’il est important de pouvoir intégrer des données à cet outil notamment le poids, la taille V12 *“Ce serait déjà bien d’y mettre notre poids, notre taille dès le début”*.

Deux personnes aimeraient y intégrer leurs antécédents médicaux pour un meilleur suivi : V10 *“ce serait bien qu'on y ajoute nos antécédents, ce serait un plus pour tout prendre en compte”* V8 *“oui pour le suivi de l'activité physique j'aimerais y retrouver mes données médicales”*

L'application pourrait repérer l'activité pratiquée et l'intensité comme la marche, la course, et quand ce n'est pas possible, les personnes y noteraient l'exercice pratiqué notamment pour la musculation. Ainsi elles pourraient objectiver les calories dépensées V10 *“Qu'elle puisse dire vous avez perdu tant de calories en tant de temps quand je cours”* et l'évolution du poids V8 *“ l'évolution de mon poids. Parce que bon on prend du poids mais on ne le remarque pas forcément tout de suite”* pour encourager à ne pas abandonner. Dans l'optique de poursuivre les efforts, l'outil rappellerait qu'il faut bouger ou que la personne n'a pas assez bougé durant la journée, qu'il manque tel nombre de pas à faire ou de calorie à perdre pour la journée V6 *“J'ai un badge avec félicitations quand je marche 10 000 pas dans la journée. Par contre je n'ai rien qui indique que je n'ai pas assez marché aujourd'hui”* V2 *“ce qui serait bien ce serait les rappels. Qu'est-ce que vous faites ?”*

Cinq patients souhaiteraient pouvoir bénéficier d'un programme d'exercices. Le groupe Whatsapp géré par le médecin permettrait de transmettre à tous des programmes d'activité V1 *“Tous les jours, en nous mettant des conseils, des horaires, en nous donnant des exercices à faire le jour J. Par exemple d'être sur un groupe whatsapp avec une dizaine, une quinzaine de personnes”*. Le site internet permettrait de suivre un programme en suivant les exercices montrés par quelqu'un d'autres V7 *“un site qui s'adresserait à toutes personnes selon son niveau sportif, son niveau de poids, qui puisse éventuellement donner des exercices physiques à faire à la maison”* *“quelqu'un s'est filmé et du coup il nous dit bon bah voilà on le fait ensemble. voilà”*. Les trois autres patients prônent des programmes d'exercices quotidien dont deux patients optent pour des exercices d'intensité croissante en fonction des objectifs : V6 *“on pourrait aussi y intégrer des intensités d'activité en fonction des centres d'intérêt de la personne : marche plus rapide, plus lente etc avec la durée qu'il faut pour atteindre l'objectif de base d'une journée de dépense”*

V2 *“les objectifs il faut qu'ils soient croissants. Parce que si c'est pareil d'une semaine à l'autre ce ne sera pas intéressant pour moi”*.

V4 *"bah le médecin ferait un tir groupé à tous les patients et enverrait un message avec des activités différentes à faire chaque jour et il les rencontrerait tous les mois par exemple lors de réunions "*

Sept personnes estiment qu'il serait intéressant que cet outil apporte une aide aussi sur le plan alimentaire : V2 *"ah bin dans l'optique d'un suivi , ce serait bien que les données soient partagées avec ceux qui me suivent c'est à dire, mon médecin , mon cardiologue"* V3 *"après ce qui manque c'est un outil deux en un qui allie alimentation et sport parce qu'on les trouve séparé mais très rarement deux en un"* V12 *"ah oui le secret du poids, je kiffe cette application mais je n'ai pas d'aide pour l'alimentation, du coup ce serait top si on gardait le même principe en l'ajoutant au sport "*.

Dix personnes seraient intéressées par le partage des données avec le médecin traitant, ou avec les différents professionnels intervenant dans la prise en charge de l'obésité V3 *"Je pense en réalité que toutes les spécialités en charge du patient obèse devraient y avoir accès la diététicienne, nutritionniste, endocrinologue même les chirurgiens"*. Parmi elles, une souhaiterait aussi les partager avec sa femme V2 *" Et puis j'aurais voulu que ma femme aussi puisse voir mes progrès "*, et l'autre avec une amie V9 *"avec une copine qui a les mêmes objectifs que moi par exemple"*.

3. Intérêt

a. Utilité pratique de l'outil

L'outil de suivi de l'activité physique aiderait à objectiver l'évolution des performances tant pour le patient mais aussi pour le médecin responsable du suivi. Ainsi des rendez-vous réguliers pourraient être organisés pour régulariser le suivi avec des données mesurables et objectivables :V10 *"Chaque semaine ou chaque mois on pourrait noter le poids et comme ça on aurait une courbe et le médecin pourrait voir qu'on évolue"* V9 *"Mais s'il me prescrit 2H et que je retourne le voir un mois plus tard et on voit ma masse grasse, ma masse sèche et qu'il me dise il faut plus faire ça ou moins faire ça. Un suivi comme ça se serait très bien"*.

Cet outil "idéal" participerait au maintien de la motivation de la personne sur le long terme V8 *"Si j'avais une visibilité nette sur mon poids et mon activité physique, je pense que je n'aurais pas pris autant de poids durant les 4 dernières années"*

b. Engouement

Huit personnes ont clairement fait part de leur enthousiasme à l'idée qu'un tel outil puisse voir le jour et voient l'impact qu'il pourrait avoir sur leur quotidien tout en facilitant l'accompagnement par le médecin traitant qui reste primordial.

V3 *“si vous réussissez à faire une application avec partage des données avec les médecins ce serait trop bien. Tenez-moi au courant si vous réussissez”*

V6 *“Tenez moi au courant, je serai curieuse de voir cette application”*

V9 *“tenez moi au courant de tout ça, ça m'intéresse vraiment”*

V11 *“si cette application voit le jour, je pense que vous trouverez preneur”*

V10 *“Ça pourrait servir aux diabétiques et à d'autres personnes”*

DISCUSSION

A) Forces de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretien semi-dirigé avec analyse de contenu et analyse phénoménologique des données. Cela a permis d'évaluer le ressenti et l'expérience particulière de chaque personne de manière plus large qu'avec une analyse quantitative par questionnaire.

Parvenus à saturation des données, nous pouvons considérer que nous avons une représentation exhaustive des besoins et attentes des patients en ce qui concerne leur suivi et leurs représentations d'outil d'aide à la pratique.

Les entretiens ont duré 30 minutes en moyenne. Une retranscription fidèle des données a ensuite été faite. Cela a permis une exploration complète et réelle du vécu de chacun. Les entretiens individuels téléphoniques ont été effectués dans une volonté de non-jugement, ce qui a probablement aidé dans les réponses.

Les résultats ont été analysés par triangulation des données, avec mise en commun et comparaison des résultats de la thésarde avec son binôme, le Dr PADOU Treicia.

L'évaluation a été faite sur une population hétérogène en termes d'âge, de lieu de consultation. Les entretiens avec des personnes de régions différentes a permis de recueillir leur vécu concernant des réalités de terrain différentes.

Aucune étude à ce jour, n'a permis de mettre en lumière les besoins et attentes des patients en ce qui concerne un outil de suivi de l'activité physique.

Ce travail a été mené en parallèle d'une étude visant à identifier les représentations des médecins et des perspectives d'élaboration d'un outil de suivi de la prescription d'activité physique chez les patients en situation d'obésité. Ainsi, nous sommes à même d'avoir une vision globale des principaux utilisateurs de cet outil à savoir, les médecins et les patients pour pouvoir en faciliter l'élaboration.

B) Faiblesses de l'étude

L'enquêtrice était novice et inexpérimentée pour mener une étude qualitative. Elle a bénéficié de quelques séances de formation un an avant le début de l'étude.

Trois patients ont été recrutés par l'investigatrice lorsqu'elle travaillait en cabinet de médecine générale. Cette relation a probablement représenté une limite de l'étude. En effet, les personnes interrogées connaissaient la fonction de l'enquêteur. Ces patients avaient déjà été reçus en consultation par l'enquêteur et connaissaient son point de vue à ce sujet. Des messages de prévention avaient été délivrés au cours de ces consultations et les patients auraient pu restreindre leur discours craignant de donner des informations "déplaisantes".

75% des personnes interrogées sont des femmes, ce qui peut constituer une limite à l'hétérogénéité de l'échantillon sur le plan du sexe.

D'autre part les entretiens ont été menés par téléphone, ce qui limite l'interprétation de la communication non verbale et peut instaurer une distance entre le patient et le chercheur pouvant aussi à l'opposé favoriser une libre expression n'ayant pas de vis à vis.

C) Principaux résultats

11 patients estiment que l'activité physique n'est pas assez abordée en consultation, et ils souhaiteraient une prescription adaptée, un accompagnement régulier.

Les patients estiment que le médecin est le mieux placé pour les aider, les encourager en ce sens. Ils attendent de sa part qu'il aborde le sujet de l'activité physique, les oriente vers des spécialistes en cas de besoin, et se préoccupe de leur évolution.

De plus, ils souhaiteraient que leur médecin les guide dans leur démarche sur le plan diététique et dans le choix de l'activité la mieux adaptée à eux.

Au contraire, une seule personne estime que le suivi de l'activité physique ne concernerait pas le médecin généraliste déjà très sollicité.

Toutes les personnes interrogées étaient favorables à la création d'un outil de suivi. Ils voient en cet outil une source de motivation leur permettant de visualiser leur progression et de faciliter le suivi. En effet 10 personnes souhaiteraient pouvoir partager les données recueillies notamment l'évolution du poids avec leur médecin ou un spécialiste de l'obésité.

En ce qui concerne le type d'outil, 10 personnes souhaitaient un outil numérique dont 9 préféraient une application smartphone et une souhaitait un site internet dont les données seraient partagées avec des professionnels de santé. 7 patients souhaiteraient y trouver des conseils diététiques et 5 souhaiteraient des programmes d'activité physique. Certaines personnes aimeraient que, grâce à des alertes quotidiennes, cet outil les stimule afin de se mettre en mouvement si les objectifs ne sont pas atteints.

D) Comparaison à la littérature actuelle

Dans notre étude, plusieurs personnes s'accordent à dire que c'est le rôle du médecin traitant de les accompagner et les conseiller voire de les orienter vers les professionnels ou structures adéquates pour une pratique de l'activité physique. Elles recherchent le soutien de leur médecin et attendent qu'il aborde le sujet de l'activité physique. Cette notion est retrouvée dans une étude européenne menée en 2012 sur le point de vue des patients sur la prévention en soins primaires au niveau nutrition, et activité physique : deux tiers des patients aimeraient recevoir des conseils venant de leur médecin généraliste au lieu d'un spécialiste. Ce qui prouve que les patients ont

une grande confiance dans leur médecin généraliste et attendent d'eux qu'il soit un soutien et non un juge (14)

D'autre part, les patients déplorent un manque d'implication de la part de leur médecin quant à l'aide qu'ils pourraient apporter et souhaiteraient bénéficier d'une prescription de l'activité physique, d'un suivi régulier. Ce manque d'implication pourrait être expliqué par un manque de formation, de pratique, manque de temps, ou encore manque d'intérêt pour cette pathologie. En effet, une étude réalisée dans le Languedoc-Roussillon en 2005 par le Dr Thuan, à laquelle 607 médecins ont répondu montre que 66% pensent que seul un faible pourcentage de patients peut perdre du poids et le maintenir bas. Dans cette même étude, 42 % des médecins généralistes pensent qu'ils ne sont pas préparés à traiter l'obésité, environ la moitié estime que ce n'est pas enrichissant professionnellement d'apporter des conseils de perte de poids aux patients : ce qui peut expliquer leur manque d'investissement. (49)

De plus, d'après l'étude de Thorton et al (48), " la prescription de l'exercice comporte quelques difficultés pour les médecins telles que la durée de la consultation, les comorbidités complexes, le manque de motivation présumé du patient et le manque de formation sur les particularités de la prescription de l'activité physique."

Une étude menée auprès des omnipraticiens de Montpellier, en 2010, montrait que la prescription de l'AP était rarement faite sur ordonnance mais les conseils étaient transmis oralement. La principale difficulté des omnipraticiens dans la prescription de l'activité physique venait du manque de compliance de leurs patients. (8)

Pour faciliter le suivi et leur accompagnement sur le plan de l'activité physique, la création d'un outil dont les données seraient partagées avec le médecin traitant et/ou tout professionnel intervenant dans la prise en charge de cette pathologie chronique qu'est l'obésité, a suscité l'intérêt des patients.

À l'heure actuelle, au niveau régional, différents dispositifs œuvrent pour promouvoir l'activité physique en collaboration avec les médecins généralistes et les professionnels de l'APA. Ainsi en Ile de France par exemple, on peut retrouver le dispositif PRESCRI'FORME qui permet cette collaboration par l'intermédiaire d'un carnet de suivi (7). L'outil permet alors au patient de retrouver les différents intervenants du réseau mais aussi de voir son évolution et être acteur de sa prise en

charge. Une thèse en 2017 (20) a évalué l'apport d'un carnet de suivi par un questionnaire de satisfaction remplis par 8 patients afin de recueillir leur avis, leurs difficultés à la fin de l'étude soit au bout de 9 mois d'utilisation.

Tous les patients ont estimé que le carnet était non encombrant, adapté, compréhensible et facile à remplir. Ils ont trouvé qu'il permettait bien de faire le lien entre les différents professionnels de santé. 7 patients sur 8 ont pu apprécier leur progrès grâce à cet outil. Tous estimaient que pratiquer une activité physique avec l'aide de ce carnet était source de motivation et le recommanderaient à leur entourage. Des progrès ont pu être objectivés notamment au niveau de l'IMC et du tour de taille qui ont significativement diminué en 9 mois.

Malgré un échantillon de petite taille, cette étude tend à encourager l'utilisation d'outil de suivi de l'activité physique.

Face à la recrudescence du numérique en santé, une étude en 2018 a cherché à évaluer l'intérêt des patients atteints de pathologies chroniques pour des outils numériques pouvant faciliter leur suivi. Elle a montré que 51% des patients y sont favorables, les perçoivent comme intéressants et pratiques car facilitent le suivi et l'accompagnement personnalisé avec pour exemple le dossier médical partagé. 19% des patients se sont opposés à leur utilisation craignant pour la confidentialité et la sécurité des données, mais aussi la difficulté à l'utilisation. Les patients chroniques, étant les cibles privilégiées des outils numériques de par le suivi régulier parfois multidisciplinaire nécessaire à leur prise en charge, il s'avère indispensable de prendre en compte leurs préférences en termes de technologie utilisée (site Web, e-mail, SMS, appel téléphonique, application) et de fréquences de rappels en tenant compte de la sécurisation des données et d'une utilisation simplifiée (44)

Une étude récente a été menée par Dr SAUREL Emilie de janvier 2019 à février 2020 auprès de médecins généralistes exerçant dans les Pyrénées Orientales, concernant l'intérêt de l'utilisation des nouvelles technologies en addictologie. Les médecins généralistes craignent une déshumanisation des soins, un manque de précision. De plus, ils redoutent que les données numériques des patients soient le sujet d'une surveillance et d'un contrôle exacerbé. "Un encadrement du patient addicte, personnalisé, pourrait améliorer l'observance grâce à l'utilisation de nouvelles technologies. Une sécurisation plus précise de la trajectoire des médicaments pourrait être attendue" (47)

Nous pouvons alors remarquer que les craintes des patients et des médecins se rejoignent en ce qui concerne ces nouvelles technologies. Peut-être pouvons-nous imaginer que les craintes des médecins influencent dans le même sens les patients.

De ce fait, notre étude s'inscrit dans cette démarche d'identification de leurs besoins et attentes afin de leur proposer l'outil de suivi qui leur correspondrait le mieux. Les patients étaient tous favorables à la création de cet outil non seulement pour le suivi mais aussi pour la motivation qu'il pourrait susciter. La majorité d'entre eux a opté pour une application sur smartphone. Aucun n'a souhaité utiliser un carnet papier, bien que déjà existant.

Ainsi en dehors des carnets de suivi existant, le seul outil numérique disponible, assurant la liaison entre les patients et le médecin traitant que nous retrouvons est le carnet de Santé intelligent AVIITAM (11). Une étude qualitative en 2016, a permis de recueillir l'avis de onze patients utilisateurs concernant AVIITAM. Il est considéré comme étant adapté, dans une ère numérique, mais des difficultés à l'utilisation et un manque d'interactivité avaient été rapportés. (16)

E) Représentations des médecins et des patients

Dans l'étude du Dr PADOU (43), les médecins avaient décrit leur outil de suivi de l'activité physique "idéal".

Ils optaient pour un outil numérique facile d'emploi pour le patient mais aussi pour le professionnel de santé. En effet, la consultation étant de courte durée, les informations doivent être rapidement et facilement accessibles avec un accès sécurisé, étant donné, qu'on y retrouverait les informations personnelles et les pathologies des patients. Il serait donc accessible par tous à tout moment.

De plus, cet outil devrait pouvoir s'adapter aux différents types de patients en tenant compte des pathologies traitées, du milieu socio-économique, du mode de vie et des objectifs de chacun. Il conviendrait de stimuler la motivation du patient par des courbes, des codes couleur ou des messages rappelant les objectifs fixés.

Par ailleurs, certains médecins proposent la création de groupes pour favoriser un lien social, source de motivation. Il devrait aider à la prescription, simplifier le suivi et

permettre de repérer les différents spécialistes ou professionnels auxquels adresser le patient dans la région.

Enfin, les généralistes souhaiteraient que le contenu sécurisé, et respectant le secret médical, évolue en fonction des dernières recommandations ou lois et que le répertoire des professionnels et réseaux sport-santé disponibles dans la région s'actualisent régulièrement.

Certains ont opté pour un site internet, d'autres pour une application mobile. L'accès à l'outil, via la carte vitale sur l'espace pro AMELI, a été évoqué par un médecin. Cela permettrait un accès sécurisé aux données avec l'accord du patient.

Pour aider les médecins, nous retrouvons OBECLIC, un site créé pour aider les médecins dans le dépistage et le suivi de l'obésité de l'enfant (37) et MORPHOSANTE (13). Il s'agit d'un site gratuit destiné aux médecins généralistes afin de les aider à gérer les patients en surpoids, créé en décembre 2018 à Strasbourg. Cet outil n'est pas juste une synthèse de recommandation mais a aussi pour but de sensibiliser les médecins à ce problème de santé publique et les accompagner dans la prise en charge de leurs patients.

Cependant aucun de ses sites ne permet une interaction avec les patients.

Les patients de notre étude recherchent majoritairement une application dont les données pourraient être partagées avec leur médecin traitant et des spécialistes de l'obésité pour une prise en charge pluridisciplinaire. Cette application contiendrait des programmes d'activité physique avec des objectifs adaptés et croissants mais aussi un suivi diététique. Ils pourraient y intégrer leurs données anthropométriques, leurs antécédents et leurs traitements. Ils pourraient visualiser les calories dépensées après chaque séance, et l'évolution du poids. Certains aimeraient recevoir des notifications/messages jusqu'à 4 fois par jour pour leur rappeler qu'il faut bouger ou qu'ils n'ont pas encore assez bougé.

Enfin, quelques-uns souhaiteraient pouvoir s'entraîner à plusieurs, pour se motiver.

Parallèlement, nous constatons de nos jours que les applications "sport" sont très plébiscitées et utilisées par les patients. Les applications dites « santé » (Apple, Samsung, etc.), notamment avec le podomètre, permettent de se construire des repères en termes d'activité physique en se situant par rapport aux recommandations

de 10 000 pas par jour et en visualisant les calories dépensées. D'autres permettent un suivi des performances avec GPS et fonctions cartographiques pour la course et le vélo comme RunMyRide, Runtastic pour ne citer que celles-ci. Enfin des applications de coaching comme Minute workout proposent des programmes d'exercice à domicile. Une application pour le suivi de l'activité physique pourrait trouver sa place. « La durée de vie d'une application est de 3 mois si elle n'est pas régulièrement mise à jour. ¼ des applications seront téléchargées et utilisées une seule fois, tandis que les ¾ des autres seront abandonnées au bout de 10 utilisations" (50)(33). Ceci renforce l'intérêt d'un suivi de l'activité par le médecin pour pérenniser l'utilisation de l'outil

Ainsi, les requêtes des médecins et des patients se rejoignent sur de nombreux points, nous donnant des possibilités d'élaborer un outil qui pourrait satisfaire chaque partie.

F) Elaboration d'un outil

Grâce aux représentations des médecins et des patients, nous pouvons proposer des pistes pour la création de l'outil de suivi.

Dans un premier temps, le contenu du carnet de santé AVIITAM reflète certains critères recherchés par les patients et les médecins. Il s'agit en effet d'un outil numérique permettant une interaction médecin/patient, mais aussi patient/patient à travers une communauté d'utilisateurs favorisant le lien social. Les données inscrites sont sécurisées et les antécédents et traitements peuvent y être notés. Nous pouvons y retrouver des formations pour les médecins et les recommandations. Il permet une prise en charge adaptée à chaque patient. Un suivi du poids et de l'alimentation est possible. Une carte permet aux utilisateurs de repérer différentes structures ou professionnels aux alentours. (10)

Cependant, certains patients rencontrent des difficultés à l'utilisation de cette plateforme à cause notamment de l'accès par mot de passe, de l'insécurité des données personnelles et regrettent un manque d'interactivité. Quant aux médecins, ils déplorent des difficultés d'accès, un temps estimé trop long pour y accéder en consultation.

Quelques fonctionnalités pourraient y être ajoutées pour notamment faciliter l'interaction comme une messagerie instantanée. En effet pour l'instant, il n'est pas disponible en application et oblige donc à se connecter au site.

D'autre part, l'interface de l'assurance maladie offre aussi des perspectives. Le dossier médical partagé (DMP) quand le patient y a adhéré et l'espace ameli pro en lien avec un patient précis sont accessibles par le biais de la carte vitale. Avec la carte vitale, il est déjà possible d'accéder au parcours de soins du patient. Ameli est une interface officielle et sécurisée existant depuis des années. Tout comme l'application de l'assurance maladie AMELI, l'application DMP existe.

La combinaison des possibilités offertes par la plateforme privée d'un côté et l'accès par la carte vitale contenant le dossier médical complété régulièrement permet l'ébauche de l'outil.

La plateforme ainsi créée devrait bénéficier d'un accès sécurisé permettant de maintenir la confidentialité des données. Les données seraient accessibles aux patients et aux médecins. On pourrait y retrouver les antécédents des patients pour assurer un suivi, éventuellement des programmes d'activité physique, des courbes afin de matérialiser l'évolution du poids des patients, des conseils sur le plan nutritionnel, et de la pratique de l'activité physique. Le médecin pourrait y trouver des aides à la prescription adaptée à chaque patient, des coordonnées de spécialistes de la région...

CONCLUSION

Notre étude avait pour but de recueillir les besoins et les attentes des personnes en situation d'obésités en termes de suivi de l'activité physique par leur médecin pour aboutir aux perspectives d'élaboration d'un outil de suivi répondant à leurs caractéristiques.

Nous avons pu constater que les patients sont demandeurs d'un suivi régulier et d'un accompagnement par leur médecin. Ils comptent sur lui pour aborder avec eux ce sujet. Il semblerait que les nouvelles générations de médecins soient plus sensibles au mieux vivre, à cette thérapeutique non médicamenteuse, récente mais dont les effets sont bénéfiques à bien des égards.

Le patient est certes acteur de sa prise en charge mais, seul, il se retrouve en proie à la lassitude, à la déception face à une progression trop lente et à la démotivation. Un accompagnement par l'entourage mais aussi par le médecin est perçu comme un levier au maintien de la pratique d'activité physique. L'outil permettrait alors au médecin d'objectiver une évolution et de pouvoir, s'il le faut, adresser le patient à différents professionnels.

A une époque où tout est numérisé et où le smartphone est devenu le compagnon de vie, l'application de suivi s'est présentée comme le premier choix des participants. Cette application est perçue comme une source potentielle de motivation pour aider à maintenir la pratique d'activité physique avec le soutien de son médecin en visualisant les résultats des efforts fournis. Différentes applications sont déjà utilisées par les patients au quotidien sans possibilité d'interagir avec leur médecin. Actuellement, les carnets de suivi ont une place au sein des différents réseaux sport santé.

Le suivi de l'activité physique pourrait s'inscrire dans une dynamique officielle numérique déjà existante au niveau national et s'intégrer au DMP disponible en application qui permettrait alors un suivi global accessible aux différents intervenants avec l'accord du patient.

D'autre part, AVIITAM semble être une autre alternative numérique qui pourrait être une base à exploiter en vue d'élaborer une plateforme plus facile à utiliser pour les patients et les professionnels.

De ce fait, nous avons des exemples concrets de ce qui peut être fait au niveau des autorités sanitaires et au niveau d'une startup. Une collaboration éventuelle pourrait permettre de se rapprocher davantage de cet outil "idéal" en utilisant les caractéristiques essentielles de chaque plateforme.

Ainsi, cette étude nous rappelle que les personnes en situation d'obésité avec ou sans comorbidités secondaires, nécessitent une attention particulière par le médecin et un

temps consacré. Comme toute pathologie chronique, un suivi est nécessaire. L'utilisation d'un tel outil pourrait modifier la pratique des médecins et des patients. Grâce à ces informations, un outil pourrait être créé puis testé dans la région de l'Hérault pour permettre par la suite une utilisation étendue à d'autres zones.

BIBLIOGRAPHIE

1. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. « Sport et fonctions métaboliques », 21 juin 2004. <http://www.academie-medecine.fr/sport-et-fonctions-metaboliques/>.
2. ADREA mutuelle. « C'est quoi le sport sur ordonnance ? » Consulté le 25 mai 2020. <https://www.adrea.fr/aide-et-contact/mes-services/sport-sur-ordonnance/c-est-quoi-le-sport-sur-ordonnance>.
3. Ahima, Rexford S, et Jeffery S Flier. « Adipose Tissue as an Endocrine Organ ». *Trends in Endocrinology & Metabolism* 11, n° 8 (1 octobre 2000): 327- 32. [https://doi.org/10.1016/S1043-2760\(00\)00301-5](https://doi.org/10.1016/S1043-2760(00)00301-5).
4. ANSES. « Activité physique-définitions ». Consulté le 13 avril 2020 <https://www.mangerbouger.fr/pro/sante/activite-physique-20/definitions-types-d-activite-intensite-et-mesure/definitions.html>.
5. ANSES. « Régimes amaigrissants | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail », 2019. <https://www.anses.fr/fr/content/r%C3%A9gimes-amaigrissants>.
6. ARS BRETAGNE. « Prescription de l'activité physique adaptée par le médecin traitant: mode d'emploi », 2017. https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2017-12/ARS_Sport_Sante.pdf.
7. ARS ile de France, DRJSCS. « PRESCRI'FORME, l'activité physique sur ordonnance en Ile de France ». Consulté le 30 novembre 2018. <http://ile-de-france.drjscs.gouv.fr/sites/ile-de-france.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/prescriforme-carnet-suivi-patient.pdf>.
8. Attalin V. « Place de l'activité physique dans la prise en charge du surpoids de l'obésité: résultats d'un questionnaire réalisé auprès des médecins généralistes de l'agglomération de Montpellier », 2010.
9. Attalin, V. « Prescription d'Activité Physique ». YOUTUBE. Consulté le 28 mai 2020. https://www.youtube-nocookie.com/embed/wpl3h9WC_mo?rel=0.
10. Avignon A., V. Attalin, C. Boegner, M. Picandet, et A. Sultan. « Maladies chroniques non transmissibles : La solution est-elle numérique ? Partie 2. La « Médecine augmentée » : une réponse aux MCNT ? » *Médecine des Maladies Métaboliques* 9, n° 3 (1 mai 2015): 350- 54. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(15\)30091-2](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(15)30091-2)
11. Aviitam®. « Aviitam®, La Médecine Augmentée ». Consulté le 13 mai 2020. <https://www.aviitam.com>.
12. Ballor, D. L., et E. T. Poehlman. « Exercise-Training Enhances Fat-Free Mass Preservation during Diet-Induced Weight Loss: A Meta-Analytical Finding ». *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity* 18, n° 1 (janvier 1994): 35- 40.

13. BERGAMINI Elodie, et Natalia MARECHAUD. « MORPHOsanté - prise en charge du surpoids en médecine générale », 2018. Consulté le 5 mai 2020. Disponible sur <https://www.morphosante.fr/>.
14. Brotons Carlos, Antonius J. M. Drenthen, Dominique Durrer, et Irene Moral. « Beliefs and attitudes to lifestyle, nutrition and physical activity: the views of patients in Europe ». *Family Practice* 29, n° suppl_1 (1 avril 2012): i49- 55. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr091>.
15. CHARLES Marc, LARRAS Benjamin, BIGOT Jacques, PRAZNOCZY Corinne. « L'activité physique sur prescription en France. Etat des lieux 2019 ». Consulté le 13 avril 2020. <http://www.onaps.fr/Etudes-de-l-onaps/les-etudes-de-l-onaps/etudes/l-activite-physique-sur-prescription-en-france-etat-des-lieux-2019/>.
16. Clotet, L., V. Attalin, A. Oude Engeberink-Isambert, J. Rambaud, G. Bourrel, et A. Avignon. « Évaluation qualitative du carnet de santé intelligent Aviitam® par entretiens semi-directifs auprès des patients obèses utilisateurs ». *Nutrition Clinique et Métabolisme* 30, n° 3 (1 septembre 2016): 267- 68. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2016.09.105>.
17. Commission médicale du Comité national, et olympique et sportif français. *MEDICO SPORT le dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives*, 2018. https://cnosf.franceolympique.com/cnosf/fichiers/File/Medical/Medicosport/Medicosport-sante_Edition2018.pdf.
18. Conseil de l'Europe. Recommandation N° R (92) 13 sur la Charte sociale européenne du Sport . Consulté le 13 avril 2020. <https://rm.coe.int/16804ca89a>.
19. Cour des comptes. « La prévention et la prise en charge de l'obésité ». Consulté le 13 avril 2020. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prevention-et-la-prise-en-charge-de-lobesite>.
20. DARGOGNE Emmanuelle. « Création, mise en place et évaluation d'un carnet de suivi de l'activité physique adapté à des patients sédentaires », 2017. <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/e55818a9-a19f-4f72-acdd-f60d5a91db17>.
21. DÉRIOT Gérard. « RAPPORT de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé sur la prévention et la prise en charge de l'obésité ». Senat, 5 octobre 2005. https://www.senat.fr/rap/r05-008/r05-008_mono.html.
22. DGOS. « La télémédecine ». Ministère des Solidarités et de la Santé, 28 mai 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>.
23. Fabre C., et É. Chavignay. « Définition, formation, législation et rôle du professionnel en activité physique adaptée ». *Revue des Maladies Respiratoires Actualités* 2, n° 6 (novembre 2010): 628- 30. [https://doi.org/10.1016/S1877-1203\(10\)70164-6](https://doi.org/10.1016/S1877-1203(10)70164-6).
24. FAUCHER Pauline, POITOU Christine. Physiopathologie de l'obésité. *Revue du rhumatisme monographies*. Février 2016. Pages 6-12 [en ligne] consulté le 6 avril

2020. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.u-pec.fr/science/article/pii/S1878622715000995>
25. HAS. « Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes », juillet 2019. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf.
 26. HAS. « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours », septembre 2011. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf.
 27. HAS. « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours ». Haute Autorité de Santé, 2011. https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
 28. INED, INSERM. « Objectifs de l'étude ELFE ». Ined - Institut national d'études démographiques. Consulté le 22 avril 2020. <https://www.elfe-france.fr/fr/letude/objectifs-de-letude/>.
 29. INSERM, ROCHE. « Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité », 2012. https://www.roche.fr/content/dam/rochexx/roche-fr/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf.
 30. INSERM. « Obésité ». Inserm - La science pour la santé. Consulté le 6 avril 2020. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite>.
 31. Jackson, Matthew N., Fardin Fatahi, Kholoud Alabduljader, Charlotte Jolleyman, Jonathan P. Moore, et H. P. Kubis. « Exercise Training and Weight Loss, Not Always a Happy Marriage: Single Blind Exercise Trials in Females with Diverse BMI. » undefined, 2018. <https://www.semanticscholar.org/paper/Exercise-training-and-weight-loss%2C-not-always-a-in-Jackson-Fatahi/4daa8619142cc0885ed42a479b4adc1df31ca78e#matched>.
 32. Kohn Laurence, et Wendy Christiaens. « Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances ». *Reflets et perspectives de la vie économique* LIII, n° 4 (2014): 67. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>.
 33. Kratzke C., Cox C. Smartphone technology and apps : rapidly changing health promotion. *International electronic journal of health education*, n°15, 2012, pp. 72-82
 34. LARRAS Benjamin. « ÉTAT DES LIEUX DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET DE LA SÉDENTARITÉ EN FRANCE MISE À JOUR DE L'ÉDITION 2017 », 2017. Consulté le 22 avril 2020: http://www.onaps.fr/data/documents/Onaps_TAB2017_Mise-a-jour.pdf
 35. Ministère des solidarités et de la santé. « Programme national nutrition santé 2019 2023 ». Consulté le 13 avril 2020. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf.
 36. MUCCHIELLI R. (1984), *L'analyse de Contenu des Documents et Communications*, 5e Edition ESF, p.17
 37. Obéclic. Consulté le 5 mai 2020. Disponible sur <http://www.obeclic.fr/>. ((34-1

38. OMS. « Activité physique ». Consulté le 13 avril 2020. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
39. OMS. « Obésité et surpoids ». Consulté le 13 avril 2020. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
40. OMS. « Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé ». World Health Organization. Consulté le 14 avril 2020. https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/.
41. OMS. « La sédentarité, une cause majeure de pathologies et d'incapacités ». [consulté le 20 mai 2020]. disponible sur <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/release23/fr/>
42. OMS. Bureau régional de l'EUROPE. « Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025 », septembre 2015. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/283807/65wd09f_PhysicalActivityStrategy_150474_withCover.pdf?ua=1.
43. PADOU Treicia." Identifier chez les médecins généralistes les représentations et les perspectives d'élaboration d'un outil de liaison portant sur la prescription de l'activité physique chez les patients en situation d'obésité". Thèse d'exercice. Faculté de MONTPELLIER NIMES. Octobre 2019.
44. PARIS Ludivine. « Etude de l'intérêt des outils numériques pour évaluer et promouvoir l'activité physique chez des patients atteints de maladies chroniques », s. d., 262.
45. Rapport Foresight. « Foresight – Obesity System Map ». Consulté le 26 mai 2020. Disponible sur <https://debategraph.org/Stream.aspx?nid=365986&vt=outline&dc=all>.
46. REMILLIEUX Monique. « Diabète de type II et exercice ». Elsevier Connect, 4 Février 2016. Consulté le 16 Avril 2020 <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine/diabete-de-type-ii-et-activite-physique>.
47. SAUREL Emilie. « Intérêt de la téléexpertise et des nouvelles technologies en addictologie : enquête qualitative auprès de médecins généralistes ». Faculté de Montpellier Nîmes, 2020.
48. THORNTON, Jane S, Pierre FREMONT, et Karim Khan. « La Prescription de l'activité physique, une occasion unique de s'attaquer à un facteur de risque modifiable dans la prévention et la prise en charge des maladies chroniques », s. d., 39.
49. THUAN J.-F., et A. Avignon. « Obesity Management : Attitudes and Practices of French General Practitioners in a Region of France ». *International Journal of Obesity* 29, n° 9 (septembre 2005): 1100- 1106. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803016>. ((29
50. VASSIEUX Laetitia. « Applications mobiles, objets connectés et promotion de la santé ». Institut régional d'éducation et de promotion de la santé, juin 2017. https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/dt_ocs_promotion_sante_version_finale.pdf.
51. VERDOT Charlotte, TORRES Marion, et SALANAVE Benoit. Bulletin épidémiologique. « CORPULENCE DES ENFANTS ET DES ADULTES EN FRANCE

MÉTROPOLITAINE EN 2015. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE ESTEBAN ET ÉVOLUTION DEPUIS 2006 », mai 2017.

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/13/pdf/2017_13_1.pdf.

ANNEXE

Guide d'entretien

Bonjour, je suis étudiante en médecine. Je vous remercie d'avoir accepté de vous rendre disponible pour cet entretien. Je souhaiterais que nous échangions un moment concernant votre vécu et votre expérience sur le plan de l'activité physique et ce qu'on pourrait améliorer dans votre suivi. Cet entretien sera enregistré avec votre accord puis retranscrit de façon anonyme. Il durera entre 20 et 30 minutes. Vous pouvez à tout moment l'interrompre si vous le souhaitez. Les résultats de l'étude pourront vous être communiqués si vous le désirez.

- **Question brise-glace** : Alors, pouvez-vous me raconter comment se passe une semaine classique chez vous s'il-vous-plait ?

- **Pratique d'une AP : freins et leviers**
 - a. Depuis quand pratiquez-vous une AP ? qu'est-ce qui vous aide à maintenir dans le temps votre activité ?
 - b. Pourquoi avez-vous arrêté de pratiquer ?
 - c. Quelles difficultés et obstacles avez-vous rencontré personnellement dans le maintien de l'activité physique ?
 - d. Si vous n'en faites plus ou n'en avez jamais fait, qu'est-ce qui vous empêche de (re) commencer ? qu'est-ce qui pourrait vous motiver ?

- **Suivi par médecin traitant**
 - e. En quoi votre médecin pourrait-il vous aider ?
 - f. Qu'attendez-vous de votre médecin sur le plan du suivi de vos activités physiques ?
 - g. Dans quelles mesures vous êtes-vous déjà senti jugé par votre médecin à cause de votre poids ?
 - h. Que vous évoque l'IMC ?

- **Besoins et attentes au sujet d'un outil**

Par "outils", j'entends, tous supports (informatique, livret, multimédia...), qui permettrait d'améliorer ou de permettre un accompagnement/suivi de votre pratique par votre médecin et/ou d'autres intervenants.

A vous de me le dire

- Quelles sont les circonstances / situations / raisons pour lesquelles un outil de suivi serait souhaitable ?
- Que représente pour vous la création d'un outil qui permettrait le suivi de votre activité physique ?

- Si on vous proposait un outil de suivi de l'AP pour mieux répondre à vos besoins d'accompagnement, que contiendrait-il idéalement ?
- A quoi vous servirait-il ? qui y aurait accès ?

*Auriez-vous quelque chose à rajouter ?
Merci de votre collaboration, à bientôt*

ABSTRACT :

YEAR : 2020
AUTHOR : GEOFFROY Stelly
PRESIDENT of the JURY: Pr LAMBERT Philippe THESIS DIRECTOR: Dr ATTALIN Vincent
<p>TITLE: Identifying needs and expectations amongst obese patients regarding the supervision of their physical activity throughout patient care and with prospects of creating a monitoring tool.</p> <p>Obesity in France affects almost one out of two people. This phenomenon is partly caused by an increasing indolence. Physical activity has already proven beneficial. The 2016 decree allows the prescription of suitable workouts as a therapeutic non-medicinal treatment. Thus, it shall be our goal to learn the needs and expectations of obese patients concerning the supervision of their physical activity as well as gathering data in the possibility of creating a monitoring tool. A qualitative survey has been carried out by making semi-structured interviews with obese adult patients in Montpellier and Val de Marne. On the grounds of data saturation, only 12 patients were questioned.</p> <p>11 patients believe that physical activity is not discussed as it should during consultations. They would like to get a personalised prescription and a regular follow-up. One patient thinks that monitoring physical activity has nothing to do with the work of general practitioners. Despite this, all were in favour of the creation of a monitoring tool. 9 would prefer a Smartphone application, whereas one person would rather have a website on which the information would be shared with both the general practitioner and the obesity specialists. The monitoring tool would be a source of motivation and would help the general practitioner to keep track of the patient's progress. On the tool, 7 patients would like to find dietetical tips and 5 patients would like physical activity programs. Our work shows the great interest of patients regarding the regular monitoring of their physical exercise and the possible use of a monitoring tool to do so. Both public and private platforms, such as AMELI, seem to have gathered strategies that can be developed to produce the tool that could be tested in the HERAULT region next.</p>
KEYWORDS :obesity, physical activity, care continuity, sedentary lifestyle, eHealth
UNIVERSITY ADRESS : 8, Rue du Général SARRAIL 94010 CRETEIL CEDEX

RÉSUMÉ

ANNEE : 2020
NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : GEOFFROY Stelly
PRESIDENT DU JURY : Pr LAMBERT Philippe DIRECTEUR DE THESE : Dr ATTALIN Vincent
<p>TITRE DE LA THESE : Identifier chez les patients en situation d'obésité les besoins et les attentes concernant le suivi de l'activité physique en ambulatoire et les perspectives d'élaboration d'un outil de suivi</p> <p>L'obésité en France touche près d'une personne sur deux. Son incidence est en partie due à une sédentarité accrue. Déjà reconnue pour ses bienfaits, le décret de 2016, permet la prescription d'activité physique adaptée comme une thérapeutique non médicamenteuse. Nous souhaitons alors identifier chez les patients obèses leurs besoins et attentes concernant le suivi de l'activité physique puis concernant un outil de suivi.</p> <p>Nous avons mené une enquête qualitative par des entretiens semi dirigés, auprès de patients obèses à Montpellier et à Créteil.</p> <p>12 patients ont finalement été interrogés car nous étions arrivés à saturation des données. 11 patients estiment que l'activité physique n'est pas assez abordée en consultation, et ils souhaiteraient une prescription adaptée et un accompagnement régulier. Au contraire, une seule personne estime que le suivi de l'activité physique ne concernerait pas le médecin généraliste. Ils étaient tous favorables à la création d'un outil de suivi. 10 patients souhaitaient un outil numérique dont 9 préféraient une application smartphone et un souhaitait un site dont les données seraient partagées avec le médecin traitant et les spécialistes de l'obésité. L'outil serait une source de motivation et faciliterait le suivi. 7 patients souhaiteraient y trouver des conseils diététiques et 5 souhaiteraient des programmes d'activité physique.</p> <p>Notre travail montre le grand intérêt des patients vis-à-vis d'un suivi médical régulier de l'activité physique et d'un outil de suivi. Des plateformes publiques comme AMELI et privées semblent réunir des pistes à exploiter pour l'élaboration de cet outil qui pourrait être testé dans l'HÉRAULT par la suite.</p>
MOTS CLES : obésité, exercice physique, continuité des soins, mode de vie sédentaire, télémédecine
ADRESSE DE L'U.F.R : 8, Rue du Général SARRAIL 94010 CRETEIL CEDEX

