



HAL
open science

Motivations et réticences à l'utilisation du vélo comme moyen de déplacement actif en population générale en Nouvelle Aquitaine. Attentes des patients et suggestions de leviers à disposition du médecin généraliste pour la promotion de l'activité physique par le vélo

Guillaume Brachet, Timothée Noire

► To cite this version:

Guillaume Brachet, Timothée Noire. Motivations et réticences à l'utilisation du vélo comme moyen de déplacement actif en population générale en Nouvelle Aquitaine. Attentes des patients et suggestions de leviers à disposition du médecin généraliste pour la promotion de l'activité physique par le vélo. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04574003

HAL Id: dumas-04574003

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04574003v1>

Submitted on 13 May 2024

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.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2024

Thèse n°17

THÈSE POUR L'OBTENTION DU
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Guillaume BRACHET

Né le 27 Avril 1994 à Bressuire (79)

Et Timothée NOIRE

Né le 1^{er} Mai 1995 à Laval (53)

Le 30 Avril 2024 à Bordeaux (33)

**Motivations et réticences à l'utilisation du vélo comme moyen de déplacement actif en population générale en Nouvelle Aquitaine.
Attentes des patients et suggestions de leviers à disposition du médecin généraliste pour la promotion de l'activité physique par le vélo.**

Sous la direction du Docteur Laurent RUBIO

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Monsieur le Docteur Marco ROMERO

Monsieur le Docteur Pascal DESSALES QUENTIN

Monsieur le Docteur Laurent RUBIO

Président

Rapporteur

Examinateur

Directeur

REMERCIEMENTS DU JURY

À Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH, président du jury, praticien libéral, président du département de médecine générale de Bordeaux

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez accordé à notre travail ainsi que votre implication plus générale pour la formation des médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine dont nous faisons partie. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et notre profond respect.

À Monsieur le Docteur Marco ROMERO, rapporteur, praticien libéral, maître de conférence associé du département de médecine générale de Bordeaux

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à l'amélioration de notre travail par votre expertise. La pertinence de votre rapport ainsi que vos suggestions ont participé à la qualité du manuscrit que nous présentons ici. Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Laurent RUBIO, directeur de thèse, ancien maître de stage universitaire, médecin du sport, praticien libéral et titulaire en service de médecine rééducative

Nous te remercions d'avoir accepté le défi de nous accompagner tout au long de ces mois de travail. Depuis la préparation en amont de nos premiers entretiens jusqu'à la rédaction finale. Il s'agissait pour nous tous d'une première en recherche qualitative à laquelle tu t'es formé avec nous. Ce fut un réel plaisir de travailler avec toi et nous te remercions pour ton accompagnement ainsi que ton soutien infailible. Nous nous tenons prêts pour t'accompagner sur les pentes de cols Pyrénéens dès que possible...

À Monsieur le Docteur Pascal DESSALES QUENTIN, praticien libéral, maître de stage universitaire

Je te remercie pour l'immense plaisir que tu m'accordes en participant au jury de cette thèse. Tu as été un maître de stage des plus marquants avec Jean-Jacques lors de mon dernier semestre d'internat et tu as grandement participé à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui. Merci pour toutes ces journées où j'ai eu la chance de travailler à tes côtés et de discuter ensemble de nos prises en charge. Merci également pour ton accueil, au sein de ton foyer où nous avons pu trouver encore un terrain d'entente en cuisine où tu m'as notamment ouvert les yeux sur l'intérêt d'une poêle inox afin de sublimer une belle pièce de viande... Nous te remercions, avec Timothée, de l'intérêt que tu as manifesté pour notre travail.

Nous remercions également l'ensemble des participants à cette étude qui ont accepté de jouer le jeu des entretiens semi-dirigés et sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour.

REMERCIEMENTS TIMOTHEE

À mes parents,

Merci Papa et Maman pour votre dévouement et votre soutien, sans rien attendre en retour. Vous m'avez offert la possibilité de réaliser mon rêve de devenir médecin généraliste. Je vous en suis tellement reconnaissant.

Merci pour votre amour depuis ma naissance. Votre éducation positive et altruiste, basée sur la communication est un modèle de parentalité.

À mes frères et sœurs,

Josselin, Anne-Charlotte et Sybille, Quentin, Clémence, Théo et Philaé, Martin et Nina, Marie-Dorothée, François-Xavier, Domitille. Merci de supporter la sauterelle qui pousse le bouchon un peu trop loin. C'est une joie de vivre avec une famille unie, aussi diversifiée que respectueuse. Vous me poussez vers le haut.

À mes Grands-Parents,

Mamie Renée pour qui rendre heureux autour de soi est le plus bel acte de foi. Marie-Louise, Fernand, Francis, à tout ce que vous m'avez apporté durant mon enfance.

À la famille Barriet,

Christel, Richard, Albane et Marie-Alix, merci pour votre accueil et votre générosité, c'est un bonheur de rejoindre votre belle famille. Merci Daddy, Nonna et Christiane pour votre convivialité, Gisèle et Guy pour ces sincères souvenirs.

À mes amis,

A mes témoins lumineux : Quent'ingénieur chaussure, jamais à côté de ses pompes, Théophile d'actualité mais aussi de l'enfance, Thom'amuse par ses blagues avec lui j'en perd mes maux, Vincent quand j'vais pas bien on va au JU' s'marais.

Vincent et Manon, merci pour cette forte amitié qui surpasse la truffe mouillée de Noisette. Les moments en votre compagnie sont toujours intenses. Merci de m'avoir choisi comme témoin pour hier, aujourd'hui et surtout demain.

Malo, alias Jeff Tuche, dont l'aura du déhanché ravive les cœurs. Diane et ses « blagues », rien ne vaut la vanne life. Claire, le plus logorrhéique des boudins, covoitreuse 5 étoiles.

Tito et Sophie de Mont de Marsan à Bordeaux, merci pour cet érasmus de 3 ans dans le sud-ouest. (Promis Tito j'ai quasiment fini la thèse je vais pouvoir venir surfer).

Merci pour ces souvenirs angevins : Camille pleine d'énergie, Bergouille philosophe attentionnée, Albane Artiste carpe diem, Flore la chaboune, Lauré notre maman, Maly aka Angela, Marie la rose des Sables. Vous êtes de belles amitiés qui se retrouveront bientôt au BDC. Merci également à Pauline, Emma, Etienne, Lisa, Loïk l'as de la brioche, Laura et Maxime.

Avec la team Béchade, on prolonge le bail : Andy le king Julian qui me prend pour un moldu, Mathou le chat, Mélbyyche, Clémence et Peter les rois de la galipette.

A la team Bergerac, la vie de famille chez Joël : Fanny le Cid, Damso, Annaëlle, Mahé, Romain, Timeri et Fredo.

Aux amis du collège et du lycée : Bastien, Raphael, Paul, Thomas et toute la bande à Laval

Un grand merci à tous les professionnels de santé rencontrés, qui ont façonné le médecin que je deviens. Aux maîtres de stage, merci pour votre implication dans la formation des futurs confrères. Aux infirmiers, aides-soignants, sage-femmes et kinés, merci pour votre gentillesse à mon égard et vos soins envers les autres.

Guillaume, je suis fier du travail accompli ensemble, merci pour ta faculté au travail en équipe. C'est un bonheur d'avoir avancé positivement. Mon amitié envers toi va au-delà, merci pour ton authenticité et ta générosité. Nat et Salsa soyez sages avec lui. Je vous souhaite plein de bonheur tous les deux, vous êtes félin pour l'autre !

Athina, Merci pour ton soutien infaillible au cours de ces dix années. Merci pour ton écoute, ta sincérité, ta bienveillance et ta positive attitude. Merci pour qui tu es et surtout d'être toi-même. S'engager ensemble pour la vie est la plus belle chose que je pouvais imaginer. Je t'aime agapi mou.

REMERCIEMENTS GUILLAUME

À ma famille :

Papa, tu m'as probablement conduit inconsciemment vers les études médicales par ta génétique, certes, mais aussi et surtout la passion que tu voues à ton métier et ton dévouement auprès des patients que tu accompagnes et qui m'inspire au quotidien. Lorsque j'ai eu l'âge, tu m'as également éduqué à apprécier un bon repas entouré de gens qu'on aime et qui compte parmi les plus grands plaisirs de la vie. Ton éducation sportive lorsque, déjà petit, tu m'amenaient à Jean-Dauger soutenir l'Aviron Bayonnais et évidemment les nombreuses sorties à vélo que nous avons faites ensemble et qui auront sans aucun doute influencé le choix de ce sujet de thèse.

Maman, pour l'amour dont tu nous inondes depuis mon enfance, tu as su créer un environnement des plus sereins pour que je grandisse et construisse mon avenir. Je ne te remercierai jamais assez pour le soutien inconditionnel que tu me manifestes depuis ma plus tendre enfance.

Marion, ma 'tite sœur. Sache que je ne t'en veux pas toi qui as eu l'audace de soutenir ta thèse avant moi me laissant seul non-docteur lors des repas de famille... Merci d'être la personne que tu es : brillante, déterminée, passionnée et passionnante, tu me remplis de fierté, je t'aime fort. A Marc qui marche à tes côtés depuis déjà de nombreuses années et au joli couple que vous formez.

Betty, tu es probablement l'une des plus incroyables grand-mères : inépuisable entre un match de tennis en compétition internationale, une randonnée dans les montagnes basques, ou un voyage touristique, toujours curieuse de découvrir de nouvelles choses... Ton énergie est une source d'inspiration pour moi. Je suis heureux de pouvoir partager ce moment aujourd'hui avec toi.

À papi André, mon modèle, tu as toujours été central dans ma vie et malgré ton absence, ton souvenir reste gravé dans ma mémoire, mémoire qui te faisait défaut à la fin de ta vie. Pour le héros que tu étais par l'engagement que tu as pris lorsque tu es entré dans la 2^e division blindée au sein de laquelle tu as participé à la campagne de France depuis la Normandie jusqu'à la libération de Strasbourg et dont les anecdotes que tu me donnais ont bercé mon enfance. Tu m'inspires au quotidien par le calme et la sérénité que tu dégageais, toujours prêt à faire un trait d'humour pour détendre l'atmosphère. Je garde en mémoire les innombrables heures passées à tes côtés à apprendre de toi. Je suis fier de l'héritage que tu nous laisses et je m'efforce d'en être digne.

À Nanette, la grand-mère incroyable et la grande dame que tu étais forçant le respect par ta hauteur d'esprit, le dévouement, la bienveillance dont tu faisais preuve auprès des personnes qui ont eu la chance de croiser ton chemin. À toutes les réunions de famille que nous avons eu la chance de vivre au Breuil et dont tu étais à l'origine. Tu es partie trop tôt emportée par la maladie et j'aurais voulu pouvoir t'avoir à mes côtés pour ce moment.

À papi « Jacky », à la bienveillance et la fierté que tu manifestais à mon égard, à la joie que tu exprimais lorsque nous nous retrouvions en famille en Périgord, aux petites attentions que tu

nous préparais lorsque nous venions au Breuil lors de tes dernières années de vie, ta culture, ton éducation et la mémoire infallible qui te rendaient si exceptionnel. J'espère me montrer à la hauteur de l'homme que tu étais, notamment auprès des patients que tu as suivis et qu'il m'arrive encore de croiser, après tant d'années, en consultation et qui m'évoquent ton bon souvenir. Mes pensées vont également vers toi en ce jour si particulier.

À Béné et Jean Philippe, j'apprécie chaque instant passé auprès de vous souvent autour d'un beau repas ou lors d'un voyage. À Paul actuellement catalan et à tous les moments passés ensemble en famille ou avec des amis à Bordeaux lors de nos études respectives ou encore lors des fêtes de Dax ou de Bayonne auxquelles nous ne sommes pas « allergiques ».

À Amandine, l'architecte brillante que tu es et l'incroyable cousine, toujours en vadrouille aux quatre coins du monde entourée des gens qui te sont chers.

À mes oncles et tantes du côté Brachet Christian, Sylvie, Anne, malgré la distance qui nous éloigne vous voir me remplit toujours de bonheur et j'ai une pensée pour vous. À mes cousins Pachka, Kostia, Anne-Laure, Guillaume et le petit Gaspard ainsi que Christophe et Clothilde avec Sasha, Ambre et aux magnifiques familles que vous formez.

À tous mes (nombreux !) grands oncles, tantes, cousins éloignés que je ne peux citer ici mais auxquels je pense en cet instant.

À ma belle-famille au sein de laquelle je me suis senti accueilli et accepté immédiatement et avec qui je prends beaucoup de plaisir à passer du temps.

À mes amis :

À Adrien et Vincent, mes frères de cœur, nous avons traversé nos études de médecine ensemble entre moments studieux et de décompression et avons vécu, inséparables, tant de choses dans une période charnière de nos vies. Vous comptez parmi les personnes les plus importantes à mes yeux et j'attends avec impatience nos futures retrouvailles qui s'annoncent comme toujours : « *terrrriiiiibles !!* »

À Ugo (*iGrande Ugo !*), Marca, Clément L., Titi, Julien, Zac, Antoine Q., Manu et la famille que vous êtes pour moi. Pour les précieux instants passés ensemble... comme disait un célèbre philosophe : « j'suis fan ! ».

À Melvin et Anthony vous avez compté parmi mes premiers amis à Tercis et cela est toujours le cas après tant d'années !

À Valentin et Benoît compagnons depuis l'école primaire, à nos nombreux fous rires et moments passés ensemble en cours ou ailleurs, malgré la distance qui nous sépare aujourd'hui et qui raréfie nos contacts je pense à vous.

À Charlotte, le petit cœur que tu es et que je suis tellement heureux de voir à chacune de nos rencontres bien que cela ne soit pas la nature de notre relation évidemment.

À toute la team « Enfoirés » (et ses nombreux morceaux choisis) avec Anouk, Kevin, Aurélien, Lucie, Bruno, Sabrina, Arthur, les Claire H, Claire R., Yara, Camille, Manon B., Xavier, Fred, Jean

et Marion... Vous m'avez adopté comme l'un des vôtres. J'attends avec impatience les RCP annuelles que nous organisons.

À Marion et la belle famille que vous formez avec Julien et le petit Jules.

Aux autres copains de fac' : mon groupe d'intégration, trop nombreux pour pouvoir tous vous citer ici... et aussi PP, Antoine B., Paul, Cam, Justine, Margaux, Mathieu etc avec qui j'ai pu passer d'incroyables années depuis la P1 jusqu'à la fin de l'externat.

Aux Bayonnais : Vincent et Manon, Nuts, Marion et P-A (flume !), J-B et Léa, Constance et Amaury, Manon S. avec qui on aurait pu se mettre en colloc' !, Pierric et Laura, Romain et Mathilde avec le petit Marin, Vincent et Margaux, Jokin et Bérénice, Samy et Anaïs, Margaux, Manon DV, Odile et Erwan, Alizée, Quentin et Morgane, Romane, Charles... dont j'ai la chance de pouvoir partager le quotidien au travail, en ville autour d'un verre, au marché du samedi matin, à vélo sur les pentes du Lizarrieta, au stade ou à la plage...

À Tito et Sophie, Camille, Diane, Gaëtan, Mayeul, Augu, Emilien et Bouclette maintenant expatriés au Nord de l'Adour et que je prends tellement de plaisir à retrouver régulièrement.

Aux amis d'adoption du Bassin : Maxence et Juliette, Tom et Nanou, Marine et François, Marie et Nico avec le petit Pablo qui est déjà un fervent supporter de l'aviron..., Clément et Emelyne, Sam et Greta, Juliette et Arthur, Fanny et Jérémy, Ana également et aux précieux instants que l'on partage ensemble avec Natou.

A tous mes maîtres de stage pour certains maintenant collègues et aux médecins et paramédicaux que j'ai eu la chance de rencontrer lors de mes stages :

À toute l'équipe des urgences de Dax (Jean, Caro, Bertrand, Aurélie, Guillaume, Jean-Mo, Anton, Marine, Eliza, Maïté, Amandine, Nora...).

Au service de médecine polyvalente de St Palais (les Sabines, Mathieu, Clémence, Philippe, Geoffroy).

Au service des urgences et du 5eB de l'hôpital des enfants à Pellegrin.

Bien évidemment aux Docteurs Laurent Lou-Poueyou, Bénédicte Plantec-Lamothe, Romain Fabier, Sébastien Cadier, Jean-Jacques Roger, Vincent Arbitre et Patrick Bouyssou qui m'ont donné goût à la médecine générale et participé à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

À Timothée, pour la personne que tu es, toujours enjoué, curieux de découvrir les gens et de nouvelles choses et pour la confiance que tu m'as témoigné en me proposant de travailler avec toi sur ce sujet de thèse. Vivement nos futurs tours à vélo. À Athina et au couple solaire que vous formez.

Et par-dessus tout à toi, Natacha, qui partage ma vie depuis plusieurs années. A tout ce que l'on a déjà pu construire ensemble, tous ces instants passés à tes côtés, notre amour commun pour les joies simples de la vie (un bon repas, des amis, une randonnée perdue dans la nature...). Tu es mon pilier et je ne conçois pas la vie sans toi. À tout ce qu'il nous reste à vivre ensemble. Je t'aime.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	1
AVANT PROPOS.....	2
INTRODUCTION.....	3
a. Contexte	3
i. Définitions	3
ii. Épidémiologie	5
iii. Impact sur la santé	6
iv. Recommandations en santé.....	8
v. Promotion des mobilités actives en France.....	9
vi. Prévention et promotion de l'activité physique : missions du médecin généraliste	10
vii. Aider un patient à induire un changement : l'entretien motivationnel	11
b. Notre questionnement.....	13
MATERIEL ET MÉTHODE	14
a. Type d'étude.....	14
b. Population	14
c. Déroulement de l'étude :	14
i. Implication des chercheurs	14
ii. Élaboration des guides d'entretien.....	14
iii. Réalisation des entretiens.....	15
iv. Recueil des données	15
v. Analyse des données	15
d. Aspects éthiques et réglementaires	16
RÉSULTATS	17
a. Notre échantillon	17
b. Facteurs intrinsèques au patient et représentations	19
c. Facteurs environnementaux et extrinsèques.....	22
d. Le rôle du médecin traitant et attentes du patient	24
e. Bénéfices liés aux déplacements à vélo	29
f. Les inconvénients liés aux déplacements à vélo	32
g. Leviers à disposition du médecin traitant pour amener au changement	34
DISCUSSION	37
a. Modèle explicatif	37
b. Comparaison avec la littérature	40
c. Les forces et limites de notre étude	43
d. Les perspectives.....	45
CONCLUSION.....	46
BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXES.....	50
Annexe n°1 : Fiche de recrutement.....	50

Annexe n°2 : Guides d'entretien.....	51
Annexe n°3 : Document d'information et de consentement participant	55
<i>SERMENT MEDICAL</i>	58

LISTE DES ABRÉVIATIONS

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

CV : Curriculum Vitae

GROUMF : GROupe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MT : médecin traitant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEPS : Prescription d'Exercice Physique pour la Santé

PNNS : Plan National Nutrition Santé

VAE : Vélo à assistance électrique

AVANT PROPOS

L'activité physique telle qu'elle se matérialise par une compétition sportive le week-end, une randonnée, une marche à pied en ville fait partie intégrante de notre quotidien, comme inscrite en nous. Aussi le vélo a pris une place toute particulière dans nos vies : nous avons été accompagnés depuis notre plus jeune âge à sillonner nos régions les week-ends en famille, sorties sportives avec des amis, l'ascension de cols pyrénéens pour y voir passer nos héros du Tour de France, partir en vacances, sacoches sur le vélo à l'assaut de nouveaux paysages ou simplement partir travailler à vélo au quotidien.

Alors que nous avançons dans notre cursus professionnel de médecins généralistes, nous observons que l'activité physique est parfois insuffisante dans le quotidien des patients qui se présentent à nous. Parce que la prévention en santé est un des piliers de la prise en charge des patients que nous sommes amenés à suivre dans le temps, il nous tient à cœur de mettre en avant ce mode de vie dans leur intérêt.

Lorsque Timothée est venu présenter à Guillaume l'idée d'un travail commun centré sur la promotion de l'activité physique via les déplacements à vélo, cela est apparu comme une évidence. Aussi, le Dr Laurent RUBIO, médecin généraliste dans le Lot-et-Garonne, a accepté d'être directeur de notre thèse. Féru de sport et notamment de vélo, il est engagé dans le projet humanitaire azimuth où il arpente l'Atlas marocain à vélo pour acheminer des dons. C'est ainsi que nous nous apprêtons à faire le grand saut dans un travail de recherche qualitative.

Dans ce travail, il a été primordial pour nous de mettre de côté nos nombreux et naturels *a priori* afin de ne pas influencer notre analyse.

Vous vous apprêtez, cher lecteur et chère lectrice, à découvrir le fruit de plusieurs mois de travail que nous sommes fiers de soumettre à votre jugement.

Guillaume BRACHET et Timothée NOIRE

INTRODUCTION

a. Contexte

i. Définitions

L'activité physique (AP) est définie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « tout mouvement corporel induit par les muscles squelettiques qui requiert une source d'énergie » (1). L'activité physique correspond donc aux mouvements réalisés en se déplaçant, jouant, travaillant, pratiquant un loisir ou accomplissant des tâches ménagères. Afin de caractériser l'intensité d'une activité physique, il est fréquent d'utiliser le MET (de l'anglais : « *Metabolic Equivalent of Task* » que l'on pourrait traduire par « équivalent métabolique d'une tâche »). Il correspond au rapport entre la dépense énergétique de l'activité physique sur le métabolisme de base pour une activité donnée. Il en ressort une classification en 5 catégories :

- Activités sédentaires $<1,6\text{MET}$
- Activités de faible intensité $1,6\leq\text{MET}<3$
- Activités d'intensité modérée $3\leq\text{MET}<6$
- Activités d'intensité élevée $6\leq\text{MET}<9$
- Activités d'intensité très élevée $\geq 9\text{METs}$

Les autres paramètres qui permettent de caractériser une activité physique sont la fréquence, la durée ainsi que le type d'activité pratiquée (2).

L'activité sportive est à différencier de l'activité physique. Elle tire son origine de l'ancien français *desport* (amusement). Il s'agit ici d'activité physique visant à améliorer sa condition physique ou l'ensemble des exercices physiques pratiqués sous forme de jeux en observant des règles précises (3).

L'inactivité physique correspond à une quantité d'activité physique $\geq 3\text{MET}$ insuffisante soit un niveau d'activité d'intensité modérée à très élevée inférieur aux recommandations.

La sédentarité est quant à elle définie par un niveau d'intensité physique $<1,6\text{ MET}$. Elle est très souvent évaluée par la quantification du temps éveillé passé en position assise ou allongée (2).

Ainsi, un même sujet peut réaliser un quota satisfaisant d'activité physique (par exemple 4h de course à pied par semaine) mais pour autant avoir un mode de vie sédentaire s'il passe près de 6h par jour en position assise.

La condition physique peut être définie comme l'état général d'un sujet pouvant prédire le niveau de ses performances potentielles. Elle dépend des prédispositions génétiques du sujet ainsi que de son hygiène de vie dont les éléments déterminants sont entre autres la pratique d'une activité physique régulière, la consommation d'alcool et de tabac, le sommeil, l'équilibre alimentaire et la corpulence (4).

La mobilité active est définie dans le code des transports comme « l'ensemble des modes de déplacements pour lesquels la force motrice humaine est nécessaire avec ou sans assistance motorisée ». Les mobilités actives répondent ainsi à un objectif de santé publique mais aussi d'amélioration de l'espace public (diminution des nuisances sonores, des émissions de polluants et réduction des risques d'accidents) (5,6).

La santé est définie par l'OMS dans sa constitution en 1946 comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». « L'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé ». L'OMS précise que « les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées » (7).

La prévention, toujours selon l'OMS en 1948, « est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». On distingue de manière usuelle trois types de prévention :

- La **prévention primaire** qui a pour objectif de réduire l'incidence d'une maladie et donc l'apparition de nouveaux cas dans une population. Elle vise la prévention des conduites individuelles à risque, des risques environnementaux ou sociétaux.
- La **prévention secondaire** s'attache à diminuer la prévalence d'une maladie afin d'en réduire au maximum l'impact et/ou son évolution.
- La **prévention tertiaire** quant à elle vise à diminuer la prévalence des incapacités chroniques responsables d'invalidité et des rechutes.

En 1983, Robert S. GORDON propose une nouvelle approche de la prévention (8), plus pragmatique afin d'éviter l'effet potentiellement péjoratif de la précédente classification qui pourrait suggérer une hiérarchie dans les niveaux d'interventions. Il distingue alors trois types de préventions :

- **Universelle** : applicable à l'ensemble d'une population (consignes d'hygiène, arrêt du tabac, pratique d'une activité physique, applicable par tout le monde sans intervention d'un professionnel de santé)
- **Sélective** : à destination d'un groupe de sujets à risque
- **Individuelle** à l'échelle d'un individu présentant une anomalie à l'examen clinique, un facteur le classant à haut risque et qui motive alors une intervention du professionnel de santé.

La médecine générale est définie par la Société européenne de Médecine générale-Médecine de famille (WONCA Europe) en 2002. Le médecin généraliste représente habituellement le premier interlocuteur du patient avec le système de soins. Il tient compte de tous les problèmes de santé sans restriction sur la problématique posée ou relative au patient. Il utilise alors de manière adaptée les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels en soins primaires et a recours si nécessaire à des médecins d'autres spécialités. La médecine générale s'attache aux problèmes aigus comme chroniques et favorise l'amélioration de la santé, ainsi que sa promotion par une intervention appropriée et efficace. À ce titre le médecin généraliste endosse une responsabilité spécifique de santé publique (9).

ii. Épidémiologie

Selon une étude publiée en 2018 (10), plus d'un adulte sur quatre (27,5%) à l'échelle de la population mondiale présente un niveau d'activité physique inférieur aux recommandations de l'OMS.

En France, l'étude nationale Inca 3 (11) a été menée sur un échantillon de sujets représentatif de la population métropolitaine avec un recueil de données rétrospectif de 2014 à 2015. Elle a permis d'estimer un niveau d'activité physique correspondant aux recommandations de l'OMS pour près de deux tiers des adultes, majoritairement des hommes.

La sédentarité moyenne quant à elle atteint près de 7h par jour chez les adultes, avec une proportion plus élevée chez les 18-44 ans, en lien avec le temps passé sur les écrans. Il est important de constater que, dans cette étude, 87% des adultes non actifs (avec un niveau d'activité physique insuffisant) présentent également un comportement sédentaire.

Toujours en France, près d'une femme sur deux ne répond pas aux recommandations de l'OMS en terme d'activité physique selon une étude plus récente publiée en 2020 avec une méthodologie similaire et portant sur la période 2015-2016 (12).

Cette problématique d'inactivité physique associée à des comportements sédentaires représente un coût certain estimé à près de 48 milliards de dollars internationaux par an au niveau mondial. Ceci s'explique par l'émergence de maladies non transmissibles dites chroniques telles que l'hypertension artérielle (HTA) ou la dépression (13), diabète de type II et les cancers notamment du côlon.

En France, le coût annuel estimé s'élève à près 1,4 milliards d'euros en 2013 selon une étude publiée en 2016 (14).

Le rapport de situation mondiale sur l'activité physique publié en 2022 par l'OMS (13) met en exergue les progrès réalisés dans le monde afin de promouvoir un mode de vie actif, notamment avec l'évolution positive des normes de sécurité routière en matière de conception d'aménagements dédiés aux déplacements piétons et cyclistes, ainsi qu'avec la mise en place de réseaux de surveillance de l'activité physique.

Cependant, on constate une forte inertie dans l'application du plan d'action mondial de l'OMS. Celui-ci a pour objectif de réduire l'inactivité physique de 15% dans le monde d'ici 2030 en favorisant l'activité physique.

iii. Impact sur la santé

Les bienfaits d'une activité physique régulière ne sont plus à démontrer, de multiples études ont été publiées en ce sens. On peut notamment retenir que l'AP pratiquée de façon régulière facilite la prévention ainsi que la prise en charge de pathologies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, diabète, ainsi que l'hypertension (15). Elle participe également à l'amélioration de la santé mentale avec une efficacité prouvée sur l'amélioration de la qualité de vie, du bien-être ainsi qu'un effet bénéfique dans l'épisode dépressif caractérisé (16).

A contrario, l'inactivité physique est tenue pour responsable de millions de décès. On estime qu'elle causerait 7,2% des décès toutes causes confondues au niveau mondial (17).

Il est important de garder à l'esprit que la promotion de l'activité physique ne doit pas occulter la lutte contre la sédentarité car les effets délétères pour la santé de la sédentarité sont observés quel que soit le niveau d'activité physique.

En effet, être assis plus de 3h par jour serait responsable de près de 3,8% des décès au niveau mondial, et ce indépendamment du niveau d'activité physique (18). Le risque de mortalité cardiovasculaire est ainsi augmenté de 85% pour 7h quotidiennes ou plus passées devant un écran (19).

En 2008 l'Inserm publie un rapport d'expertise collective relatif à l'activité physique, sa pratique, ses avantages mais également ses risques bien réels et à prendre en compte. Ces risques sont principalement représentés par les blessures musculosquelettiques et les accidents traumatiques. Les principaux facteurs influençant ce risque sont la discipline, l'âge ainsi que les conditions de pratique.

Les lésions aiguës peuvent alors conduire à un arrêt du sport ou d'activité physique, parfois à une hospitalisation. Il est à noter, selon ce même document, que ce risque reste inférieur à celui des accidents de la vie quotidienne.

Les lésions chroniques liées à l'activité physique sont généralement le fait de sports particuliers avec des contraintes répétitives. On pourrait citer par exemple les tendinopathies de l'épaule en natation, les tendinopathies du genou, de la cheville ou même le risque de fracture de fatigue lors de la pratique de la course à pied. Ces lésions chroniques se soldent de manière quasi-constante par une mise au repos sportif forcée de plusieurs semaines sans nécessairement relever d'une prise en charge médicale lourde.

Dans certains cas, on peut voir apparaître un risque psychologique en lien avec une pratique sportive et compétitive pouvant faire naître une pression de réussite et une baisse d'estime de soi ainsi que des troubles du comportement alimentaire (20).

Les risques liés au sujet qui pratique l'activité physique sont à prendre en compte. Sans être exhaustifs ici, il nous apparaît important de préciser que les risques liés aux maladies cardiovasculaires chroniques sont principalement représentés par les complications coronariennes thrombotiques (principalement sur plaque athéromateuse instable). Elles surviennent dans la majorité des cas lors d'une pratique non encadrée sur des efforts intenses inadaptés aux capacités du sujet (20).

Dans ce but de prévention en santé via l'activité physique, les mobilités actives ont prouvé leur efficacité. On peut citer notamment une méta-analyse de 2018 (21) portant sur 23 études

prospectives et totalisant plus de 500 000 participants. Les auteurs y constatent une réduction de mortalité globale chez les personnes s'engageant dans des déplacements actifs réguliers (réduction relative de risque de 8%), ainsi qu'une diminution de 9% du risque de maladie cardiovasculaire via des déplacements actifs tels que la marche ou le vélo, et une réduction du risque de diabète de 30%. Cette même étude suggère sans relation statistiquement significative une diminution du risque de mortalité toutes causes confondues et de mortalité par cancer spécifiquement chez les sujets se déplaçant à vélo.

Parmi les mobilités actives, le vélo présente un avantage certain du fait de la position « portée ». Celle-ci permet de réduire les contraintes articulaires sur les membres inférieurs. De fait, cela peut faciliter son utilisation notamment par des personnes en surpoids ou présentant des pathologies articulaires (22).

En 2020 une méta-analyse a étudié l'association entre la pratique du vélo comme mode de transport actif et la mortalité toutes causes confondues. Cinq des huit études analysées ont eu un résultat significatif en faveur d'une réduction du risque de mortalité (entre 13 et 41%) chez les sujets se déplaçant à vélo. À noter qu'aucune étude n'a mis en évidence de surmortalité liée à la pratique du vélo comme mode de transport actif (23).

Il est intéressant de noter que ce travail déplore le peu de documentation disponible concernant l'impact sur la qualité de vie spécifique des déplacements à vélo, la plupart des études étant menées sur les mobilités actives au sens large (marche, vélo, etc.).

Les principaux risques liés à la pratique du vélo sont représentés par le risque traumatique : dermatites superficielles, contusions, fractures osseuses. Les traumatismes de la face et du crâne, selon les études, peuvent représenter jusqu'à la moitié des blessures liées à la pratique du vélo. Il existe un risque de blessures dites de sur-sollicitation (tendinopathies, rachialgies) principalement liées à une pratique quotidienne, d'autant plus lorsqu'elle est réalisée à haute intensité. Ces blessures sont souvent imputables à un défaut de positionnement sur le vélo (24).

Les principales causes d'accident impliquant des cyclistes évoquées ci-dessus sont les erreurs liées au cycliste, erreur liée à un conducteur de véhicule motorisé, problème technique lié au vélo.

Ainsi, les facteurs de risque de blessure relevés sont : le sexe masculin, environnement non adapté à la pratique du cyclisme (volume du trafic, conditions météo, revêtement, absence de piste cyclable...), l'absence de casque, l'implication d'un véhicule motorisé, cycliste présentant des troubles psychiatriques, la consommation de stupéfiants.

Plus de la moitié des accidents mortels et la majorité des blessures chroniques liées au vélo résultent d'un accident impliquant un véhicule motorisé. A ce titre, il est constaté que les pratiquants du vélo tout terrain présentent un risque de traumatisme de la tête diminué de 40% par rapport aux routiers. Ceci est principalement en lien avec la séparation des véhicules motorisés ainsi qu'au port du casque plus répandu dans cette catégorie de cyclistes. On rappellera que le port du casque réduit le risque de blessure crânienne de plus de 80% (24).

L'avènement récent des vélos à assistance électrique (VAE) apparaît comme une motivation supplémentaire à la pratique en s'adressant à un public encore plus large. Cependant, compte

tenu d'une vitesse d'utilisation plus élevée chez des sujets potentiellement moins entraînés, se pose la question d'un surrisque d'accident.

Une étude chinoise publiée en 2019 (25) nous apprend que près de 90% des accidents de la route impliquant un VAE sont causés par des comportements à risque des cyclistes eux-mêmes : occupation de voie réservée aux véhicules motorisés malgré la présence d'une piste cyclable, excès de vitesse, non-respect des feux de signalisation et évolution à contre sens du trafic.

Une étude américaine publiée en 2015 (26) s'est intéressée à la comparaison de comportement entre les usagers de vélo conventionnel et VAE sans mettre en évidence de différence significative. Dans cette étude, les auteurs ont pu constater un non-respect du code de la route important de la part des cyclistes avec 40% de contresens, près de 80% de non-respect des stops sans différence majeure observée dans les vitesses de déplacements entre les deux types de vélo.

Une étude prospective allemande publiée en 2022 et réalisée sur plus de 1800 participants avec un suivi d'un an a permis de documenter cette interrogation. Aucun surrisque d'accident lié à l'utilisation du VAE n'a été retrouvé comparativement au vélo traditionnel (27).

À la lumière de ces informations, la pratique du vélo semble être à encourager en l'accompagnant de campagnes d'information et de sensibilisation aux conduites à risque, code de la route, etc.

iv. Recommandations en santé

L'inactivité physique est un des principaux facteurs de risques modifiables impliqués dans le développement des maladies chroniques. Les autres déterminants sont la consommation d'alcool, de tabac et la mauvaise alimentation. Dans un objectif d'amélioration en santé des populations, il existe plusieurs niveaux de recommandations.

Au niveau mondial, l'OMS recommande aux adultes de 18 à 64 ans de consacrer entre 2h30 et 5h par semaine d'activité physique d'intensité modérée type endurance ($3 \leq \text{MET} < 6$). À défaut, la pratique d'une activité d'intensité plus soutenue ($\geq 6\text{MET}$) apporterait des bénéfices similaires à raison de 1h15 à 2h30 par semaine. Sont également recommandés la pratique d'activités de renforcement musculaire deux fois par semaine et d'interrompre au maximum le temps de sédentarité par une activité physique quelle qu'en soit l'intensité.

Il est intéressant de préciser que ces recommandations sont relativement similaires pour les plus de 65 ans. Dans cette population, l'OMS recommande l'adjonction de séances variées, permettant de solliciter l'équilibre avec un bénéfice démontré sur la prévention des chutes (1,28).

En France, l'ANSES a émis des recommandations en matière d'activité physique à l'issue d'un travail de revue de littérature et après consensus d'expert dans le Plan National Nutrition Santé (PNNS). Il a été mis en place initialement en 2001 et reconduit plusieurs fois depuis.

Il est recommandé, pour un adulte, de pratiquer 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée au moins 5 jours par semaine en évitant de limiter l'enchaînement de plus 2 jours consécutifs sans activité physique. Ce temps peut être réparti en plusieurs périodes plus courtes sur la journée (par exemple trois sessions de 10 minutes sur la journée).

Il est également recommandé de limiter au maximum le temps passé assis et d'interrompre les périodes de sédentarité au moins toutes les 90 à 120 minutes par quelques minutes d'activité comme la marche par exemple et en association avec des mouvements de mobilisation musculaire (2).

Il est important de garder à l'esprit que l'âge ne doit pas intervenir comme un facteur limitant à l'adoption d'un mode de vie actif (2).

v. Promotion des mobilités actives en France

Dans cet esprit de promotion de comportements bénéfiques pour la santé, ANSES précise dans l'actualisation du Plan National Nutrition Santé (PNNS) en 2016 l'intérêt majeur de la promotion de l'activité physique. Un des moyens évoqués est la promotion de la mobilité active via les déplacements piétons et cyclistes avec une adaptation du mobilier ainsi que de l'environnement urbain pour en favoriser la pratique (2).

En France, le potentiel de développement du vélo est certain avec, selon un rapport de l'INSEE publié en 2021(29) près de 60% des trajets domicile-travail de moins de 5km qui seraient effectués en voiture. En effet, seulement 8% des actifs se rendent au travail via des modes de transport actif dont 2% représentés par le vélo.

Cependant la pratique du cyclisme est en plein essor avec une augmentation estimée à 41% des déplacements à vélo entre 2018 et 2022 selon Vélo & Territoires, coordinateur du réseau national cyclable (30).

En 2012, le rapport Goujon (31) souligne l'intérêt du vélo dans la lutte contre l'inactivité physique. Outre les bénéfices pour la santé déjà évoqués plus haut, ce rapport met en avant les avantages écologiques avec une réduction des gaz à effet de serre et une diminution de la pollution sonore dans les villes. Il met aussi en évidence l'impact du vélo dans la lutte contre la pauvreté avec une réduction du budget transport des ménages ainsi qu'une moindre dépendance à l'automobile et aux transports en communs.

Ce rapport insiste sur l'absence d'inconvénients mais concède des « difficultés » dont il convient de tenir compte : distance du trajet, risques de vols, la vulnérabilité face aux aléas climatiques ainsi que le relief.

Les propositions faites au législateur dans ce rapport donnent naissance au Plan National Vélo dont l'objectif est de promouvoir l'usage du vélo par plusieurs niveaux d'intervention :

- Sécuriser l'usage du vélo sur les routes hors agglomération et par des espaces dédiés en agglomération
- Améliorer la connaissance de l'accidentalité auprès des usagers, sensibiliser les professionnels de la route, encourager le développement de formations type vélo-écoles.
- Intégrer le vélo dans l'espace public, favoriser la promotion du vélo-travail, développer les stationnements vélo sécurisés
- Promouvoir le tourisme, le loisir et le sport à vélo
- Favoriser la production et la recherche et développement dans le domaine du vélo

- « Sensibiliser les différents acteurs du milieu de la santé notamment les professionnels de santé aux bienfaits de la pratique du vélo (développer ou renforcer dans ce sens la formation des professionnels de santé) ».

En septembre 2022, la première ministre Elisabeth Borne présente le plan vélo et marche pour la période 2023-2027 (32). Celui-ci s'inscrit dans la continuité du plan vélo et mobilités actives de 2018. L'objectif est alors de rendre le vélo accessible au plus grand nombre et de remplacer au maximum les déplacements en voiture par le vélo ou la marche notamment pour les petits trajets.

À ce titre des mesures financières incitatives sont mises en place : subventions pour un financement par les entreprises des déplacements à vélo de leurs salariés, réduction d'impôts pour les flottes de vélos de fonction, prime à l'achat d'un vélo pour les particuliers etc.

Le développement de voies dédiées aux vélos fait partie intégrante de cette dynamique avec un objectif de 100 000 kilomètres de voies cyclables pour 2030 (pour un réseau estimé à 57000 kilomètres actuellement). Ce plan prévoit aussi des mesures de réduction des risques liés aux déplacements à vélo notamment via des sensibilisations à l'évolution en milieu urbain et au respect du code de la route.

vi. Prévention et promotion de l'activité physique : missions du médecin généraliste

En France, le médecin généraliste, au même titre que tous les professionnels de santé, possède un rôle bien défini dans la promotion de l'activité physique auprès des patients qu'il prend en charge. Il possède un rôle d'information en communiquant sur les bénéfices et risques de l'activité physique, pour toutes les catégories de la population. Il joue également un rôle de conseiller « expert » en adaptant le type d'activité physique aux caractéristiques de la personne. Il agit en promouvant la pratique d'une activité physique de manière progressive et adaptée aux possibilités de celle-ci (2,33).

En 2016, le rôle de promotion du médecin est inscrit dans la loi avec la possibilité de prescription en soins primaires d'une activité physique adaptée (APA). Bien qu'insuffisante car limitée aux patients relevant d'une affection longue durée (ALD), elle marque la volonté du législateur de promouvoir l'activité physique dans un but de santé (34).

En 2019, l'ARS déploie un réseau sport-santé permettant la mise en œuvre de ce nouvel outil qu'est l'APA. En Nouvelle-Aquitaine, ceci se matérialise par la mise en place du programme « Prescription d'Exercice Physique pour la Santé » (PEPS) dont les missions permettent, après prescription initiale par un médecin, d'organiser l'orientation, la mise en œuvre ainsi que le suivi avec retour d'information vers le prescripteur d'une APA (35).

En 2022, la HAS publie un rapport détaillant les lignes directrices d'une consultation et de prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Il est alors recommandé de procéder par étapes :

- Tout d'abord un repérage des patients chez qui la pratique d'une AP serait bénéfique pour la santé
- Une consultation dédiée à l'AP avec réalisation éventuelle d'examens complémentaires

- Une prescription médicale d'activité physique, un suivi de cette prescription et la dispensation de l'AP et son suivi pluridisciplinaire par les différents intervenants (36).

Cependant, malgré ces évolutions, un récent travail de thèse en médecine générale de l'Université de Bordeaux a révélé que les médecins généralistes éprouvaient des difficultés à se saisir de cet outil principalement par manque de connaissances, de temps ainsi qu'une complexité de prescription, d'orientation et de financement pour les bénéficiaires (37).

Un autre travail de thèse, qualitatif cette fois, des Dr BATTUT et LADAIQUE soutenu à Marseille en 2020 (38), s'intéresse à la promotion de l'activité physique par le médecin généraliste. Les résultats de cette étude mettent en exergue que le rôle de prévention du médecin traitant n'est pas acquis par tous les patients. Cependant, les auteurs ont pu cerner des attentes exprimées par les patients interrogés. Selon eux, le médecin généraliste se doit de proposer une prévention ciblée en trois étapes :

- Constat du niveau d'AP,
- Information,
- Proposition concrète d'action ou renforcement positif.

Cette étude a aussi permis de cerner plusieurs concepts intéressants :

- Une mauvaise définition de l'AP par les patients qui, de fait, fausse la perception du niveau d'AP à l'échelle individuelle,
- Des facteurs favorisant la pratique d'une AP : les effets bénéfiques pour la santé, la notion de plaisir inhérente à sa pratique,
- Le rôle de l'environnement avec un urbanisme incitatif, une fiscalité, un argument écologique qui favorisait l'adoption d'un mode de vie actif,
- À l'inverse les injonctions de la société en faveur de l'adoption d'un mode de vie actif pouvaient être ressenties comme négativement et, *in fine*, s'avérer être des freins à la pratique d'une activité physique.

vii. Aider un patient à induire un changement : l'entretien motivationnel

Ce rôle théorique de prévention et de promotion de l'AP par le médecin généraliste se heurte à plusieurs freins tant liés au médecin qu'au patient et son environnement. Dans ce domaine de modification comportementale, comment ne pas évoquer l'entretien motivationnel comme l'un des outils à disposition du médecin généraliste pour guider le patient, dans son intérêt, vers un mode de vie actif ?

Pour comprendre les processus psychologiques sous-jacents, une théorie du changement de comportement a été modélisée en 1992 par Prochaska et DiClemente (39). Initialement développé dans le cadre du sevrage tabagique, ce modèle suppose une succession d'étapes de motivation jusqu'au changement de comportement :

- *Pré-intention ou pré-contemplation* : le sujet ne pense pas à stopper la consommation de tabac
- *Intention/contemplation* : il pense à arrêter
- *Préparation* : souhaite arrêter, programmation/planification de l'arrêt

- *Action* : entame un changement de comportement (réduction/arrêt de consommation)
- *Maintient/liberté* : le sujet a atteint l'objectif mais doit rester vigilant afin d'éviter une rechute qui pourrait le ramener vers les étapes précédentes.

La connaissance de ce cycle permet au thérapeute de cibler son intervention ainsi que le moyen de communication en fonction du stade auquel se trouve le patient.

Au début des années 1960, le psychologue américain Carl Rogers développe dans ses écrits une approche dite « centrée patient » qui promeut des rapports de personne à personne. Le but est non pas de trouver des solutions pour le patient mais plutôt de l'aider à mieux se comprendre, mieux se responsabiliser afin de le conduire vers l'autonomie. Rogers évoque le concept « d'auto-direction responsable » (40).

Une vingtaine d'années plus tard, William R. Miller, également psychologue, théorise l'entretien motivationnel dont il exposera les principes en collaboration avec Stephen Rollnick. Il s'agit ici d'aider le patient à verbaliser pourquoi et comment il pourrait changer dans son comportement, sa pensée, etc. Ceci fait réponse à la constatation qu'une attitude se limitant à des conseils se solde rarement par un changement auprès du patient. L'entretien motivationnel s'appuie sur une méthodologie visant à clarifier les représentations du patient, l'aider à cerner ses envies et ses motivations pour un changement et éveiller en lui ses propres motivations, ce dans un esprit d'autonomisation pour la prise de décision (41).

De manière pragmatique, l'entretien motivationnel peut se présenter comme suit :

- Face à l'ambivalence du patient, le laisser s'exprimer avec une écoute réflexive, avec des questions ouvertes lui permettant d'explorer ses propres représentations dont il peut ne pas avoir conscience. Il est alors primordial de manifester de l'empathie, sans jugement, afin que le patient puisse s'exprimer librement. Ceci permet alors au patient d'explorer son ambivalence
- Lorsque le patient arrive à un discours de changement, l'interlocuteur va alors s'attacher à le renforcer en aidant le patient à construire son projet de changement et en veillant à anticiper les difficultés prévisibles et la manière dont il peut les surmonter.
- Le soignant par la suite va apporter son aide dans le maintien du changement en faisant prendre conscience des progrès réalisés, et en les valorisant afin de conforter le patient dans son changement comportemental (42).

En appliquant cette méthodologie à la promotion d'un mode de vie actif par le médecin, celui-ci va dans un premier temps évaluer le niveau d'activité physique et de sédentarité du patient, évaluer son niveau de motivation à la pratique d'une activité physique et/ou sportive, repérer les freins, agir sur les leviers pour l'entrée dans un mode de vie actif, définir avec le patient des objectifs réalisables en l'accompagnant dans la réalisation de ceux-ci et en encourageant la pratique d'une AP ou d'un sport (36).

Il est à noter que l'entretien motivationnel prend son sens pour les patients à partir du stade de l'intention et de la contemplation. Les patients évalués comme étant au stade de pré-contemplation, sans projet de changement comportemental, relèvent alors d'un conseil minimal. Il convient de le répéter au cours du suivi dans l'espoir de faire germer une intention.

b. Notre questionnement

Il est reconnu de manière unanime que l'adoption d'un mode de vie actif entre autres via l'intégration dans notre quotidien de déplacements actifs tels que la marche ou le vélo est bénéfique pour la santé, ceci notamment par la prévention des maladies non transmissibles. S'y associent des avantages certains d'ordre économique, écologique et environnemental.

Il est clair qu'une modification de nos modes de vie s'engage progressivement depuis plusieurs années. Cependant de nombreux progrès sont encore à réaliser devant la proportion toujours trop élevée de la population qui n'atteint pas les objectifs d'activité physique.

Le rôle du médecin généraliste dans cet objectif de modification comportementale est inscrit dans la loi et fait l'objet de recommandations de nombreuses sociétés savantes. Pourtant, le médecin se heurte à des difficultés liées aux patients, à lui-même ou d'ordre sociétal et environnemental (38).

Nous nous sommes intéressés ici à la promotion des déplacements à vélo, domaine qui ne cesse de prendre de l'ampleur mais qui reste malgré tout encore marginal. À notre connaissance, peu d'études se sont intéressées au ressenti des patients ainsi qu'à leurs attentes envers leur médecin d'autre manière que par des questionnaires fermés. Comme exception nous avons cité plus haut le travail de thèse des Dr BATTUT et LADAIQUE (38) qui a étudié le point de vue des patients sur l'adoption d'un mode de vie actif via une méthodologie qualitative qui a permis une libre expression de ces derniers, cependant cette étude avait pour objet l'activité physique au sens large.

Par ce travail, notre volonté ici était d'explorer la compréhension des motivations et des freins à l'utilisation du vélo ainsi que des leviers potentiels. La finalité serait de proposer au médecin traitant des outils dont il pourrait se saisir afin de promouvoir avec plus d'efficacité encore l'activité physique auprès de ses patients à travers l'adoption d'un mode de vie actif via le vélo.

Ceci nous a amené à construire la question de recherche suivante : ***quels sont les freins et les motivations à l'utilisation du vélo comme moyen de transport actif et quelles sont les attentes des patients envers le médecin traitant pour la promotion d'un mode de vie actif via l'utilisation du vélo ?***

MATERIEL ET MÉTHODE

a. Type d'étude

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons réalisé une étude qualitative. Nous avons procédé à la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés. Nous avons eu une approche inspirée de la théorisation ancrée.

b. Population

L'échantillon a été constitué au fur et à mesure de la réalisation des entretiens de manière raisonnée théorique afin d'obtenir des réponses variées. Les participants étaient des adultes de Nouvelle-Aquitaine.

Les critères d'inclusion étaient d'être adulte, de résider en Nouvelle-Aquitaine, d'avoir un médecin traitant.

Les critères de non-inclusion étaient d'être mineur, de ne pas avoir de médecin traitant et d'être soi-même médecin.

Le recrutement a été réalisé par le bouche-à-oreille ainsi que par la distribution de fiches d'informations (Annexe n°1) notamment sur nos lieux de replacements en cabinet libéral de Gironde (33) et Pyrénées-Atlantiques (64). Les participants ont été contactés par téléphone ou par mail.

c. Déroulement de l'étude :

i. Implication des chercheurs

Timothée NOIRE : Genèse de la question de recherche, Rédaction de la fiche de thèse, rédaction du questionnaire, recherche bibliographique, réalisation et retranscription des entretiens, codage des données, rédaction avant-propos, résultats, discussion.

Guillaume BRACHET : Rédaction du questionnaire, recherche bibliographique, réalisation et retranscription des entretiens, codage des données, rédaction avant-propos, introduction, matériel et méthode, résultats et discussion.

ii. Élaboration des guides d'entretien

Nous avons procédé à une revue de littérature en consultant les bases de données internationales notamment PubMed ainsi que les sites internet de sociétés savantes principalement francophones (HAS etc.).

Le guide d'entretien a été réalisé par les deux doctorants avec l'aide du directeur de thèse. Nous nous sommes également référés au livre « Initiation à la recherche qualitative en santé » du GROUPE Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUMF).

À noter que nous nous sommes inscrits à la formation RQ-Cyclade proposée et dirigée par le Dr Kinouani de l'Université de Bordeaux. Cependant nous n'avons pas été acceptés pour

y participer compte tenu d'un projet de recherche déjà trop avancé lors du début de la formation alors prévu en mars 2023.

Au cours de son élaboration le guide d'entretien a été relu avec le Directeur de thèse ainsi qu'avec un interne de médecine générale. Le guide d'entretien initial ainsi que le guide final sont disponibles en annexe (Annexe 2).

iii. Réalisation des entretiens

Nous avons conduit les entretiens du 24 Décembre 2022 au 7 Novembre 2023. Treize entretiens ont été réalisés en présentiel et deux autres en visioconférence via l'application Zoom en raison d'un éloignement géographique ou d'obligations professionnelles ou familiales et toujours selon le souhait des participants.

iv. Recueil des données

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de dictaphones avant d'être retranscrits intégralement et manuellement sur ordinateur via le logiciel Word avec procédure d'anonymisation. Les documents audios ont été détruits après retranscription.

Les participants avaient la possibilité d'accéder aux retranscriptions, droit qu'aucun n'a souhaité exercer.

Un entretien a été exclu des résultats car le participant était médecin de profession. Il est à noter que ce critère d'exclusion est apparu en cours d'étude car cela engendrait une interférence dans l'analyse des attentes des patients envers leur médecin traitant. L'entretien a tout de même été mené à bout et codé à titre « d'entraînement » pour les investigateurs.

Douze entretiens ont été nécessaires pour atteindre la suffisance des données dont nous nous sommes assurés avec réalisation de trois entretiens supplémentaires ne faisant pas émerger de nouvelles propriétés.

v. Analyse des données

Les verbatims issus de la retranscription des entretiens ont fait l'objet d'une analyse longitudinale ouverte, manuelle sur ordinateur via le logiciel Word. L'étiquetage initial a été réalisé par les deux doctorants (G. BRACHET et T. NOIRE) avec confrontation des résultats.

En cas de divergence d'opinion entre les deux doctorants, un avis auprès du directeur de thèse L. RUBIO a été sollicité permettant une triangulation.

Ensuite un codage axial puis intégratif suivis d'une discussion entre les trois chercheurs ont permis l'élaboration d'un modèle explicatif.

d. Aspects éthiques et réglementaires

Les participants se sont vu remettre avant chaque entretien une note explicative reprenant les objectifs ainsi que les modalités pratiques de la recherche entreprise. Une information sur leurs droits ainsi qu'une garantie d'anonymat y ont été précisées (Annexe 3). Un rappel de ceux-ci a été effectué et le consentement éclairé des participants a été recueilli oralement avant chaque début d'entretien.

Les entretiens ont été intégralement anonymisés lors de la retranscription avec suppression des noms de ville, noms propres et d'éventuelles caractéristiques pouvant amener à l'identification des participants.

Les retranscriptions ainsi que les données anonymisées ainsi recueillies ont été consignées dans un dossier sécurisé par mot de passe sur les ordinateurs des deux thésards, eux-mêmes sécurisés de mots de passe ainsi que sur un cloud d'accès exclusivement réservé aux investigateurs.

Une déclaration « Règlement Général sur la Protection des Données » (RGPD) a été soumise auprès du Professeur Xavier DAVERAT, Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Université de Bordeaux. En l'absence de retour de sa part, nous avons sollicité le Docteur Laurent MAGOT (Professeur Associé, membre du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux) ainsi que l'Institut National des Données de Santé (INDS) en la personne de Madame Christel RIVERT. Leurs avis éclairés nous ont préconisé une déclaration de conformité auprès de la CNIL par procédure simplifiée MR-004 que nous avons donc directement déposée auprès de la CNIL.

RÉSULTATS

a. Notre échantillon

Nous avons effectué un recrutement raisonné théorique au cours du recueil et de l'analyse. Cela nous a permis d'étayer au fur et à mesure les concepts développés dans les entretiens précédents pour ainsi alimenter notre modèle explicatif. Le lieu d'habitation a été un facteur de recrutement car nous en avons constaté l'impact sur la pratique du vélo. Par ailleurs, nous avons choisi de recruter des participants pratiquant et ne pratiquant pas le vélo car nous avons observé que les bénéfices, risques et leviers étaient différents selon la pratique ou non du vélo.

Les caractéristiques des participants sont résumées dans le **tableau 1** :

L'analyse des verbatims a fait émerger six catégories :

- Les facteurs intrinsèques au patient et ses représentations.
- Les facteurs environnementaux et extrinsèques.
- Le rôle du médecin traitant et les attentes du patient.
- Les bénéfices liés aux déplacements à vélo.
- Les inconvénients liés aux déplacements à vélo.
- Les leviers à disposition du médecin traitant pour initier et pérenniser le changement.

Entretien	Date	Investigateur	Mode de recueil	Durée (min)	Age	Sexe	Poids Taille	Comorbidités	Profession	Lieu d'habitation	Activité physique régulière	Usage web quotidien	Promotion par MT
2	24/12/22	Guillaume B	Présentiel Chez investigateur	31	26	F	52kg 162 cm	0	Architecte	Urbain > 50000 hbts	Escalade, Volley, surf	Non	Non
3	26/01/23	Guillaume B	Présentiel Cabinet médical	25	59	F	52kg 1,61 cm	0	Sans emploi	Rural < 10000 hbts	Vélo Marche	Oui	Oui
4	17/02/23	Timothée N	Présentiel Chez P4	37	75	F	68kg 168 cm	Cardiopathie Flaccidité	Retraitee Ancienne secrétaire médicale	Urbain > 10000 hbts	Pilates	Non	Oui
5	20/02/23	Timothée N	Présentiel Lieu de travail P5	40	53	F	53 kg 160 cm	Anxiété	Professeure des universités	Urbain > 100000 hbts	Vélo	Oui	NSP
6	28/02/23	Guillaume B	Présentiel Cabinet médical	36	59	M	78 kg 175 cm	FA polype digestif anémie	Retraité Ancien militaire	Rural < 10000 hbts	Non	Oui	Oui
7	03/03/23	Guillaume B	Présentiel Cabinet Médical	29	57	M	85 kg 176 cm	Coronariopathie	Electricien Ancien militaire	Rural < 10000 hbts	Vélo	Non	Oui
8	25/04/23	Timothée N	Présentiel Chez P8	59	30	M	80 kg 181 cm	Non	Statisticien	Urbain > 100000 hbts	Vélo	Oui	Non
9	19/05/23	Guillaume B	Présentiel Cabinet Investigateur	31	66	M	76 kg 1m 82	Gonarthrose	Retraité Ancien enseignant	Rural < 10000 hbts	Marche	Oui	Oui
10	11/07/23	Timothée N	Présentiel Cabinet Investigateur	31	80	M	52 kg 162 cm	HTA	Retraité Ancien paysagiste	Urbain > 100000 hbts	Vélo	Oui	Non
11	18/07/23	Timothée N	Présentiel Chez P11	39	29	M	76 kg 182 cm	Non	Ingénieur	Urbain > 100000 hbts	Non	Non	Non
12	28/08/23	Guillaume B	Visioconférence	34	29	F	69 kg 166 cm	Asthme	Ingénieur	Urbain > 50000 hbts	Volley, Escalade Yoga	Non	Non
13	12/09/23	Timothée N	Présentiel Cabinet Investigateur	43	64	M	98 kg 183 cm	Cardiopathie Dyslipidémie, HTA	Retraité Ancien agent immobilier	Urbain > 100000 hbts	Non	Non	Non
14	12/09/23	Timothée N	Visioconférence	58	28	M	67 kg 182 cm	Non	Statisticien	Urbain > 100000 hbts	Non	Non	NSP
15	11/10/23	Guillaume B	Visioconférence	35	30	F	61 kg 161 cm	Asthme	Diététicienne	Urbain > 100000 hbts	Cross-training	Non	Oui
16	07/11/23	Timothée N	Présentiel Cabinet Investigateur	52	59	F	61 kg 157 cm	HTA, Dyslipidémie Fibromyalgie	Sans emploi En invalidité	Urbain > 100000 hbts	Non	Non	Oui

Tableau n°1 : caractéristiques participants

b. Facteurs intrinsèques au patient et représentations

Les facteurs intrinsèques aux patients ainsi que leurs représentations ont constitué un élément de répercussion important sur leur pratique du vélo.

Lors de nos entretiens, nous avons constaté que les **représentations** et utilisations du vélo étaient différentes et personnelles à chacun. Certains percevaient le vélo comme un **loisir** : « Le vélo c'est se balader, quand je faisais 70 km, l'intérêt c'était vraiment la balade, voir les paysages, plus que le sport » (E10). « Le vélo c'est plaisir, je ne peux pas faire de performance de vitesse » (E14).

D'autres associaient le vélo à un **sport** : « J'ai même fait partie d'un mini club. On faisait du vélo, on partait d'ici on allait jusqu'à *Ville7* c'est à peu près 50 km » (E4).

Ou encore à un **moyen de déplacement** : « Comme je te disais tout à l'heure, je n'ai pas du tout ce côté performance. Donc le vélo pour moi c'est un moyen de déplacement, à 95 % » (E14), « Alors de la marche beaucoup, du vélo aussi mais du vélo pour me déplacer...c'est un outil pour me déplacer » (E9).

Les patients ont insisté sur l'importance de leur **vécu** et de leurs **problèmes de santé** sur la pratique du vélo : « Je suis parti en dépression, j'ai eu deux hernies discales, mon diabète qui s'est déclaré. Et du coup j'ai tout arrêté car j'étais déprimé » (E13), « Ben euh, là en fait... avec mes problèmes cardiaques, mon changement de vie, le fait que je sois plus militaire etc c'est vrai j'ai eu un moment de flottement » (E7).

Les **émotions** et les **peurs** étaient également des facteurs non négligeables : « ça serait impossible parce que c'est hyper dangereux et même en voiture moi je suis pas à l'aise parfois donc vélo c'est même par la peine » (E2), « mais je suis tombé et depuis j'ai peur je n'ai jamais refait de vélo » (E16). Certains nous mettant en garde sur l'importance d'y porter une attention particulière : « Il vous dira pourquoi, et souvent il va vous dire des peurs qu'il faut aider à lever. Il faut comprendre le vécu de la personne » (E16).

Certains patients ont engagé un changement suite à un **problème de santé** : « J'ai dû arrêter le footing parce que j'ai les pieds plats[...] Je suis allé vers deux options qui étaient la natation et surtout le vélo pour les jambes voilà. Donc c'est à ce moment-là que je me suis mis au vélo en fait » (E7). Un autre participant nous disait : « puis il y a des gens qui ont pris un peu de poids et qui peuvent le perdre là à ce moment là parce qu'ils découvrent autre chose. Et là je pense que ça peut être un moment clé » (E9).

D'autres suite à des **événements de vie** : « Donc je pense que le passage à la retraite est un excellent moment parce que y a beaucoup de gens pour qui c'est une petite mort la retraite » (E9).

Tous ont souligné les conséquences de leur **mode de vie actuel** sur l'utilisation du vélo.

Tout d'abord dans la sphère privée avec l'impact de leur **situation familiale** : « Après c'est vrai que je pense qu'il y a un moment dans la vie on a plus le temps d'en faire et c'est un peu dommage quoi. Dès qu'ils se marient, qu'ils ont des enfants qu'ils ont la maison peut-être à retapisser, il y a plein de choses qu'ils font qu'ils oublient un peu » (E4).

Ainsi que les répercussions géographiques du **lieu de vie** : « Mon lieu de vie, ma résidence, elle est pas du tout au niveau des pistes cyclables donc du coup c'est assez difficile là-dessus (E2). Avec l'impact d'habiter en ville ou à la campagne : « Là le fait d'habiter un peu en campagne isolé, éloigné de la ville avec les contraintes de sécurité voilà euh l'environnement n'est pas le même » (E7), « A la campagne sur un chemin c'est facile, mais ici débiter le vélo dans la ville avec la circulation c'est pas facile. Ça déjà c'est un frein » (E10) ou encore : « Alors par contre avant lorsque j'habitais en ville, là oui je me déplaçais à vélo » (E7), « Le vélo n'est pas forcément adapté à tout le monde. Par exemple, si tu habites dans les Alpes à 2000 m d'altitude, je ne suis pas sûr que le vélo est le meilleur moyen pour se déplacer » (E11).

L'incidence de la **classe sociale** à laquelle l'utilisateur appartient est évoquée plusieurs fois lors des entretiens : « Tu vois bien le nombre de vélos cargo qu'on croise. Je pense que c'est pas les familles les moins aisées qui en bénéficient. Je me dis que si une maman est en vélo cargo ça m'étonnerait qu'elle habite au 13e étage dans un immeuble sans ascenseur. Je trouve que le vélo met en visibilité des inégalités qu'on ne voyait pas avant » (E14).

De plus l'**entourage** de la personne pouvait être perçu comme facilitant : « Et puis enfin, voilà c'est aussi un environnement, c'est vrai que si on voit les autres le faire, si on est entouré de gens qui le font ça peut plus aider » (E3), « ça joue aussi je pense si on a un entourage qui nous stimule à l'activité physique, une espèce de socialisation à ça. C'est d'autant plus dur de s'y mettre si on a pas été éduqué à ça » (E5), « je pense qu'il va y avoir un déclic sociétal, quand on va voir que la moitié des collègues viennent à vélo ça va pousser à venir à vélo » (E8), « De faire du sport avec des copains, car c'est l'effet de groupe, l'effet d'être avec des potes fait que tu as envie d'y aller plus facilement » (E9), « Que ça soit au niveau familial ou les amis, j'ai beaucoup été encouragé à faire du sport » (E13).

A l'inverse, certains considéraient l'entourage comme pouvant être un frein à la pratique d'une activité physique régulière : « Et on le voit chez les enfants qui ont des problèmes de surcharge, ce sont des enfants qui restent à la maison et qui ne bougent pas » (E13).

Ensuite, dans la sphère publique, la **profession** a été évoquée comme parfois incompatible avec les déplacements en vélos : « En plus de mon travail qui était prenant, le vélo il faut beaucoup s'entraîner. Donc vous n'êtes pas beaucoup à la maison, ceci entraîne cela » (E13), « Moi j'ai des enfants qui ont...qui travaillent tous, ben y en a un qui fait pas de sport parce qu'il travaille très tard, qu'il est fatigué...on entend ça beaucoup autour de nous : "je suis fatigué", tout ça » (E9).

A plusieurs reprises les patients ont évoqué leur **besoin** de pratiquer une activité physique régulière : « Il y a un besoin chez les personnes d'avoir cette décharge chimique de dopamine qui est donnée par l'activité physique » (E14), « oui c'est ça en fait tu le vois pas sur le moment mais à la longue tu te dis "il me manque quelque chose, j'ai envie de me secouer, de bouger" » (E11). « L'activité physique c'est incontournable, c'est nécessaire, depuis tout jeune on en fait » (E13).

Ils ont également fait part de leur **souhait** de faire davantage de vélo : « si je pouvais, carrément le vélo je l'utiliserais, ça serait beaucoup plus intéressant » (E2).

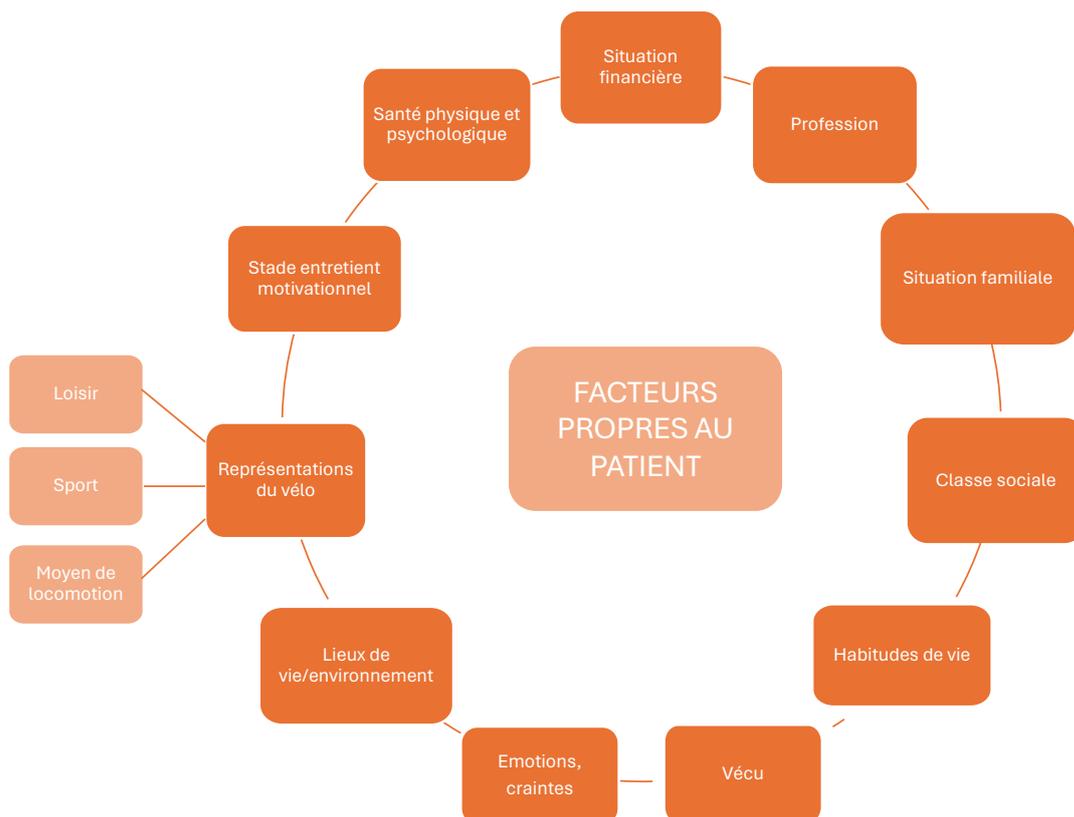
Quand d'autres **n'exprimaient pas d'envie de changement** : « Ben moi ici j'en ai pas trop l'intérêt de faire du vélo parce que j'aime bien marcher » (E6).

...et étaient conscients que celui-ci pouvait **prendre du temps** : « je pense que les changements ça prend du temps surtout quand c'est pas quelque chose... qu'on a pas pris l'habitude jeune ou au long de sa vie quoi » (E3).

Pour certains, qui s'efforçaient d'adopter un **mode de vie sain**, la pratique du vélo en était un élément important : « Si, il y en avait un autre avec moi qui a 80 ans, on se dit tous c'est fou ce qu'il fait et lui il nous dit "c'est juste que j'ai fait du sport toute ma vie". Et puis il avait une bonne hygiène de vie, il fumait pas, il mangeait des choses bonnes. » (E13).

Pour finir, les participants ont aussi évoqué des résistances internes liées à la complexité de **modification des habitudes** notamment en comparant avec les déplacements en voiture : « Je le comprends aussi car passer au vélo ça fait changer les habitudes, tu gagnes des choses mais tu perds aussi en confort par exemple tu n'as pas la clim. » (E8). « C'est pareil pour le nombre de voies de voiture limitées. Au début ça a râlé, mais maintenant tout le monde est content d'avoir des boulevards pour vélo » (E8) ou encore « par exemple à Paris quand ils ont mis les quais de Seine limités aux voitures tout le monde a grogné au début mais au final c'est plus agréable de se déplacer à pied sur les quais et qu'il n'y ait plus de voiture » (E8).

Figure 1 :



c. Facteurs environnementaux et extrinsèques

Les participants ont souligné l'impact des **facteurs extrinsèques** sur leur pratique du vélo. Par là ils voulaient mettre en relief des facteurs peu modifiables notamment par le médecin traitant et avec lesquels il faut composer.

De nombreux patients ont évoqué le rôle des **pouvoirs publics** comme facilitant l'accès au vélo, notamment sur l'amélioration des **aménagements cyclables** en quantité et qualité : « Donc c'est vrai que les changements sociétaux sur les modes de transport plus alternatifs font que c'est mieux équipé c'est mieux aménagé globalement et donc que c'est plus facile de le faire aussi. Par rapport à ce qu'on observait avant. » (E5), « Je suis arrivé ici il y a un garage à vélo juste en dessous là au niveau du porche donc c'est pratique » (E4), « Ça se passait très bien car il y a eu des réaménagements avec la mise en place dans la rue où j'habitais qui est devenue à sens unique et tout notre sens c'était pour les bus et les vélos » (E14).

D'autres ont évoqué les mesures incitatives mises en place par le **gouvernement** : « Là ils nous offrent un forfait mobilité durable, c'est-à-dire qu'on a 200 € par an, si on certifie sur l'honneur qu'on utilise notre vélo pour venir. » (E5), « L'idée c'est de bouger, comme on dit à la pub » (E12),

Les mesures incitatives des **entreprises** ont également été relevées : « C'est vrai que du point de vue de la société, l'employeur aide » (E5), « Après avoir couru, fait du volley ou autre ... Tout le monde est au courant qu'il y a des douches au bureau avec des vestiaires. » (E11), « Une architecte d'intérieur avec laquelle on bosse à *ville* elle a acheté un vélo électrique qu'elle a mis à disposition de ses salariés pour se déplacer et aller sur les chantiers qui sont à proximité » (E2).

Selon les participants, certaines **associations** pouvaient militer et ainsi favoriser la pratique du vélo : « D'ailleurs je fais partie de l'association de l'environnement, on a créé une association sur *ville 1*, et nous on souhaite avoir une piste cyclable » (E9).

Lors des entretiens, **le rôle du corps enseignant** a été mis en avant pour la promotion du vélo : « Même avec les enseignants, ils nous poussent à faire du sport » (E13).

Des participants nous ont parlé du rôle actuel des **influenceurs** dans l'incitation à utiliser son vélo et dans la promotion d'activité physique : « Pour améliorer les infrastructures, je connais un youtubeur qui s'appelle *Altis*, qui fait des vidéos pour montrer les aménagements cyclables, ce qui pourrait être amélioré, ce qui peut être un peu dangereux. Je pense que c'est une bonne démarche parce que ça donne de la voix aux utilisateurs » (E8), « J'écoutais un podcast d'un type, merde comment il s'appelle ce gars, sur YouTube® il s'appelle *major mouvement*, il fait des podcasts de prévention » (E14).

Certains patients ont engagé un changement en conséquence à un **événement** sociétal tel que l'épidémie de COVID 19 : « Il y avait cette peur du covid pendant toute une époque, la peur de prendre les transports en commun bondés, c'est pas terrible. Allez j'essaye le vélo, et puis je m'y suis mise » (E5).

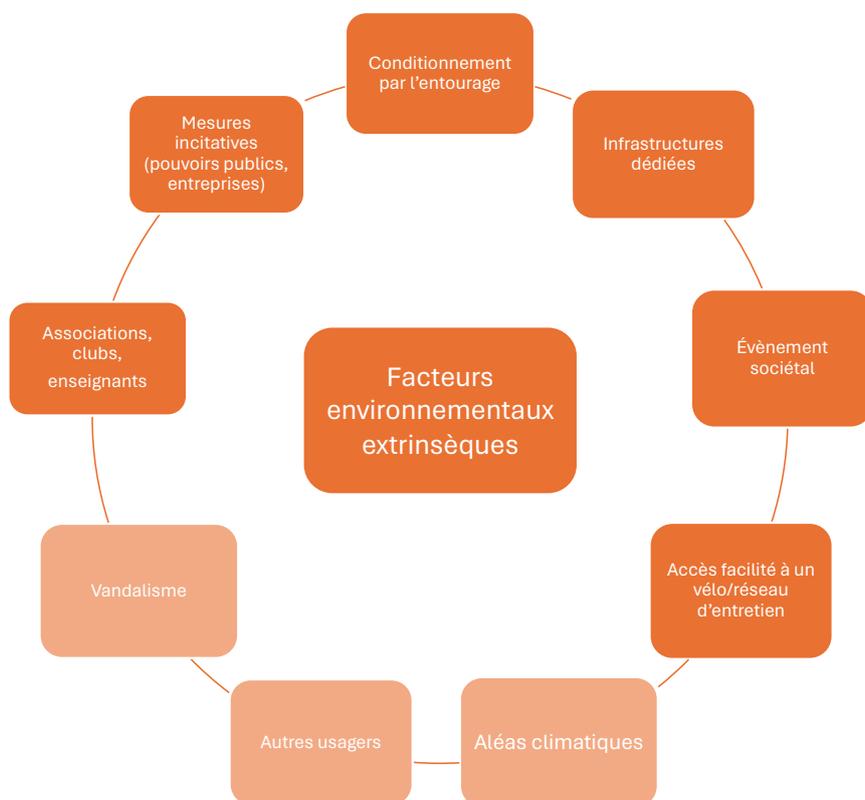
Cependant d'autres facteurs extérieurs ont été notés comme ayant un impact négatif sur la pratique du vélo.

C'est le cas des **difficultés de cohabitation** avec les autres usagers qui ont été soulignées à de nombreuses reprises : « Je dois remarquer aussi que quand je suis dans ma voiture je trouve que les cyclistes prennent beaucoup de risques. Cette insécurité est la faute à la fois des cyclistes et des automobilistes » (E13), « Mais les pistes cyclables c'est de la cohabitation avec tout le monde. Avec les gamins, la personne qui promène son chien, les rouleurs qui vont plus vite » (E10). Un autre participant nous expliquait éviter de circuler à vélo sur la voie publique devant une circulation trop importante : « y a trop de monde sur la route » (E15).

Un autre facteur extérieur relevé est la crainte du **vandalisme** dans les villes : « et puis le laisser à l'extérieur avec euh on voit très bien les incivilités c'est de plus en plus croissant. On n'a pas envie de revenir et puis "clac" » (E6).

Pour finir, le facteur extérieur **météorologique** a été maintes fois exprimé : « Par contre quand il faisait mauvais en voiture quand il va faire beau je vais reprendre mon vélo, s'il fait froid ou s'il pleut je ne prends pas mon vélo » (E4), « Euh... et après je pense que l'hiver ça doit être dur aussi, quand il pleut des cordes comme aujourd'hui (rires) » (E12).

Figure 2 :



d. Le rôle du médecin traitant et attentes du patient

Nous avons ensuite questionné les participants sur le rôle du médecin traitant et leurs attentes envers sa pratique pour la promotion de l'activité physique par le vélo.

Dans un premier temps, les patients ont caractérisé les **représentations** sur le rôle qu'ils attendaient du médecin traitant.

De nombreux participants considèrent le médecin traitant comme un **acteur de premier recours** : « Donc je pense que c'est le rôle du médecin car au final pour beaucoup de personnes c'est la seule personne qu'il voit » (E16).

Il a été aussi défini comme étant **au centre de la prise en charge** : « Je pense que son médecin traitant c'est quelqu'un qui a son rôle d'une vision un peu globale sur la santé de son patient quoi. Donc cette vision globale contrairement à un spécialiste, c'est aussi tout ce qu'on sait par rapport à la prévention par rapport à la santé que ça soit en terme alimentaire, en termes d'hygiène de vie, en termes de sport » (E5).

Ils assimilaient alors le médecin traitant à un professionnel de santé avec qui ils établissaient une **relation de confiance** : « Car au final avec le temps on a développé une complicité » (E16). « C'est pareil pour le médecin traitant il faut une alliance pour avancer » (E16), « Pour moi-même le médecin traitant c'est aussi une personne de confiance avec qui on peut avoir ce genre de discussion. » (E12). « Alors si tu veux aujourd'hui on est encore beaucoup (et c'est normal) à faire confiance totale à notre médecin généraliste, médecin traitant si tu veux. C'est un peu celui qui va nous guider sur notre santé en général » (E15).

Ils le percevaient comme une personne qui possède des **connaissances**, un **savoir**. Une participante nous rapportait les mots de son médecin après qu'elle a choisi une activité physique « Il m'a dit "oui c'est bien, vous avez bien choisi". Parce que je ne peux pas prendre un sport trop violent avec mon pacemaker donc j'ai pris des choses calmes » (E4). Une autre explicitait : « Le médecin est le connaisseur du corps donc c'est lui qui peut conseiller son patient mais pour ça faut qu'il le connaisse » (E11), « Après pour le médecin traitant ça veut dire que lui il doit être armé pour pouvoir proposer des choses, répondre à des questions » (E14).

Un autre participant, qui n'avait jamais abordé le sujet de l'AP avec son médecin, nous a exprimé ses souhaits : « Oui j'aurai aimé qu'elle me dise quel sport je pourrais faire, quel sport ne pas faire, aller vers ce type de sport car il est complet et cetera » (E11).

De ce savoir découlait un rôle de **conseiller expert** : « Donc ils ont un rôle important pour ça et un rôle de conseil là-dessus ! » (E2) « Mais quand même je pense que c'est le rôle du médecin traitant de conseiller, c'est bien en termes de santé, sur ces questions-là. Et pourquoi pas sur le vélo en effet. Il a son rôle de conseiller de santé publique, ça en fait partie » (E5).

L'une des attentes envers le médecin généraliste était l'importance du **travail pluridisciplinaire**. C'est-à-dire d'avoir recours aux autres spécialités et autres professionnels de santé dans l'objectif d'améliorer la prise en charge du patient : « Après il y a des personnes avec qui c'est compliqué et là c'est important de passer la main. » (E16), « Le médecin doit travailler à plusieurs et orienter vers d'autres personnes. » (E16), « Il m'a dit on va essayer un centre anti-douleur, et aller faire une rééducation pour faire de l'activité physique. Depuis que

je suis parti au centre de rééducation, j'ai vu un autre médecin. Vous voyez c'est des orientations, c'est important de travailler à plusieurs » (E16).

De nombreux patients ont partagé leur souhait d'un **rôle actif** de leur médecin généraliste dans la promotion de l'activité physique par le vélo : « Moi je n'attends rien d'autre du médecin traitant à part qu'il me pousse à faire de l'activité physique » (E11).

Ils ont aussi fait part du souhait d'un **investissement** et d'une **implication** de la part de leur médecin avec la nécessité d'accorder du temps pour ce sujet : « Je voudrais que les médecins traitants pour ses patients s'impliquent un peu plus on va dire. Alors je sais que vous avez pas beaucoup de temps, je sais que c'est centré direct sur la problématique, mais ça serait intéressant d'appuyer un peu plus sur la problématique de l'activité physique » (E15). Et de l'importance du **suivi dans le temps** : « Ça fait des années que mon docteur me suit et j'aime cette façon de faire » (E16).

En outre, le médecin généraliste était également perçu comme un **acteur sociétal** dans la représentation de certains patients : « Et je me dis que ça peut avoir un poids politique si le médecin en parle beaucoup ça peut faire réfléchir les politiciens » (E14). « Après je me dis qu'il y a une voix médicale qui est très orientée vers la prévention et je me dis que si un grand nombre de médecins en parle c'est positif. » (E14). « Oui, ça peut être effectivement le rôle du médecin parce que plus on est en bonne santé moins ça coûte cher à la sécurité sociale qui est notre bien commun » (E9).

Les participants nous ont précisé dans quelle mesure ils attendaient une promotion de leur médecin traitant.

Certains escomptent une **promotion des déplacements à vélo** : « même moi je me considère quand même un minimum sportive et ça me choquerait pas que mon médecin me dise "ben ça serait bien de faire du vélo ! ". Même j'aimerais avoir cette discussion avec mon médecin ! » (E12).

D'autres attendaient une promotion de l'**activité physique** de façon plus générale, pas nécessairement centrée sur le vélo :

« Pour moi il ne doit pas orienter vers quelque chose de précis mais informer sur l'activité physique. Car le vélo c'est trop précis » (E11).

Quand certains ont fait part de leur souhait d'une promotion de l'**hygiène de vie de façon globale** : « Et surtout en même temps que l'activité physique, je parlerai de l'alimentation, je ferais de l'éducation alimentaire. Parce que tout ça est lié » (E13), « Et c'est pour ça que je pense que ça rentre dans un truc global avec la nutrition et l'alimentation. C'est tellement lié, je pense que quelqu'un qui ne mange pas forcément bien n'aura pas forcément les apports pour faire une activité physique » (E14).

Ensuite les participants ont défini la population cible de cette promotion. Nombre d'entre eux ont appelé à une **promotion généralisée** de l'activité physique par le vélo, dans le cadre de la prévention primaire. Un patient se projetait à la place du médecin en disant : « Dans la mesure du possible à tous (mes) patients, car il n'y a pas de différence entre les jeunes les anciens, tout le monde a besoin de faire de l'activité physique » (E13).

D'autres plaident une **promotion ciblée**, dans le cadre de la prévention secondaire et tertiaire. Notamment lorsque cela apporte une **réponse à un problème de santé** : « Ça pourrait être un des rôles si le problème de santé physique ou même mental comme je disais tout à l'heure a comme solution le vélo » (E8). « J'en parlerais aux personnes beaucoup dépressives, ceux qui ont des traitements à long terme comme dans les maladies chroniques. » (E16), « Si le patient a un problème articulaire ou autre ou s'il prend du poids, je lui proposerais le vélo » (E8), « J'en parlerais aussi si la personne ne se sent pas bien dans sa peau car ça peut l'aider à reprendre confiance » (E14).

« S'il n'y a pas une obésité, s'il n'y a pas un problème physique, ou mental, je n'en parlerais pas directement. C'est vraiment s'il y a problème j'en parlerais » (E8).

Par ailleurs, les patients interrogés nous ont précisé leurs attentes concernant le comportement à adopter pour effectuer cette promotion en consultation.

Un nombre important de patients attendait que **le médecin aborde le sujet spontanément** : « Je pense que parler de sport c'est une porte d'entrée, l'alimentation en est une autre. Il y a tellement de choses qui peuvent en découler suite à cette ouverture que c'est hyper important. Je pense vraiment qu'une intervention rapide peut tendre la perche pour la suite et que c'est une bonne entrée en matière » (E14) « il y a un côté où ça doit être le médecin traitant qui aborde le sujet » (E14).

Parfois uniquement via une **intervention brève** : « C'est aussi le moyen de faire un petit pic au patient et que s'il en fait pas qu'il se rende compte qu'il ne fait pas d'activité physique. Ça peut faire germer de bonnes résolutions » (E11).

Les participants ont aussi insisté sur l'importance pour le médecin généraliste **d'explorer et prendre en compte leur habitus** afin de leur prodiguer un **conseil personnalisé** : « Mais je trouve qu'un médecin traitant devrait faire le CV de la personne en fait, de connaître la personne pour pouvoir après l'accompagner au mieux » (E2), « Ah oui complètement je crois que là-dessus oohhh c'est vraiment important de tenir compte de la personne, de son environnement, sa motivation, sa capacité à...voilà » (E3), « Je m'adapterais au patient, selon ce que je connais de lui aussi » (E10), « C'est compliqué pour le médecin car il voit plein de personnes avec des pathologies différentes, donc il doit vraiment s'adapter aux patients » (E14), « Oui connaître la personne, pour essayer de bien l'orienter et de suivre son parcours de soins par rapport aux médicaments et aussi par rapport à l'activité physique » (E16).

De nombreux patients nous ont fait part de leur souhait **d'information sur les bénéfices et les risques** de la pratique par leur médecin généraliste, en tant que **conseiller expert** : « Déjà qu'il m'informe de l'importance de l'activité physique dans la vie d'une personne, que ça soit au niveau de la santé, du bien-être » (E16), « Je pense qu'il faut mettre en avant les bénéfices pour la santé. Je suppose qu'il y a des statistiques, moi qui suis plutôt une espèce d'hypocondriaque peureuse (rire), peut-être que ça marche de mettre en avant ces statistiques sur les méfaits de ne pas faire une activité physique » (E5), « C'est comme avec les médicaments, j'ai besoin que vous me rassuriez que vous me donniez les effets indésirables » (E16).

Aussi, l'attente d'une **motivation et de soutien dans le changement** par le médecin a été verbalisée à de nombreuses reprises : « C'est important de les encourager » (E10), « Le médecin traitant quand j'étais dans un cercle vicieux il aurait peut-être pu mettre quelque chose dans l'engrenage pour me motiver à faire du vélo » (E14). « Le médecin comme ils ont

confiance en lui, le fait qu'il ait une parole assez bienveillante et motivante ça pourrait peut-être donner à ces patients là l'idée de faire de l'activité physique » (E15).

Les patients ont mis en avant le souhait que le médecin propose des **solutions concrètes** : « Je vous dis pas d'en faire 3 heures de suite mais aller chercher, j'en reviens à l'histoire du pain, aller chercher pendant une semaine juste le pain tous les matins et puis c'est tout clac clac ! » (E6).

Par exemple en **fixant des objectifs réalisables** : « C'est important de fixer des objectifs auxquels la personne peut répondre » (E14), « C'est vrai que courir 10 minutes c'est rien par rapport à un marathon, mais c'est beaucoup par rapport à 5 pas dans une journée. Il faut vraiment relativiser et mettre en lien avec sa personne avec son patient » (E14).

Ou encore par la **prescription d'activité physique adaptée** : « Là, depuis quelques années j'ai tout repris, je fais du chi-kong car j'ai une prescription médicale et de la gym » (E16).

Un autre moyen qui a été évoqué est la présence de **supports d'informations en salle d'attente** : « Déjà je mettrai dans ma salle d'attente des informations là-dessus, sur le fait de bien manger et de faire une activité physique régulière » (E11).

La majorité des participants de l'étude a fait part de l'importance de la **décision partagée** : « On voit ensemble pour prendre des décisions » (E16) appuyée notamment par une **information claire** : « Leur en parler, leur démontrer, leur expliquer, faire des schémas avec un papier et un crayon » (E13).

Et la nécessité d'un **accompagnement médical régulier** : « Je pense qu'un médecin traitant doit avoir un suivi » (E2), « Et surtout suivre le patient dans le temps » (E16), « Et surtout il appuyait, il appuyait, il a répété tous les jours » (E13).

Pour finir, les patients nous ont précisé l'attitude qu'ils attendaient de leur médecin lors de la promotion du vélo afin d'augmenter leurs chances d'engager un changement.

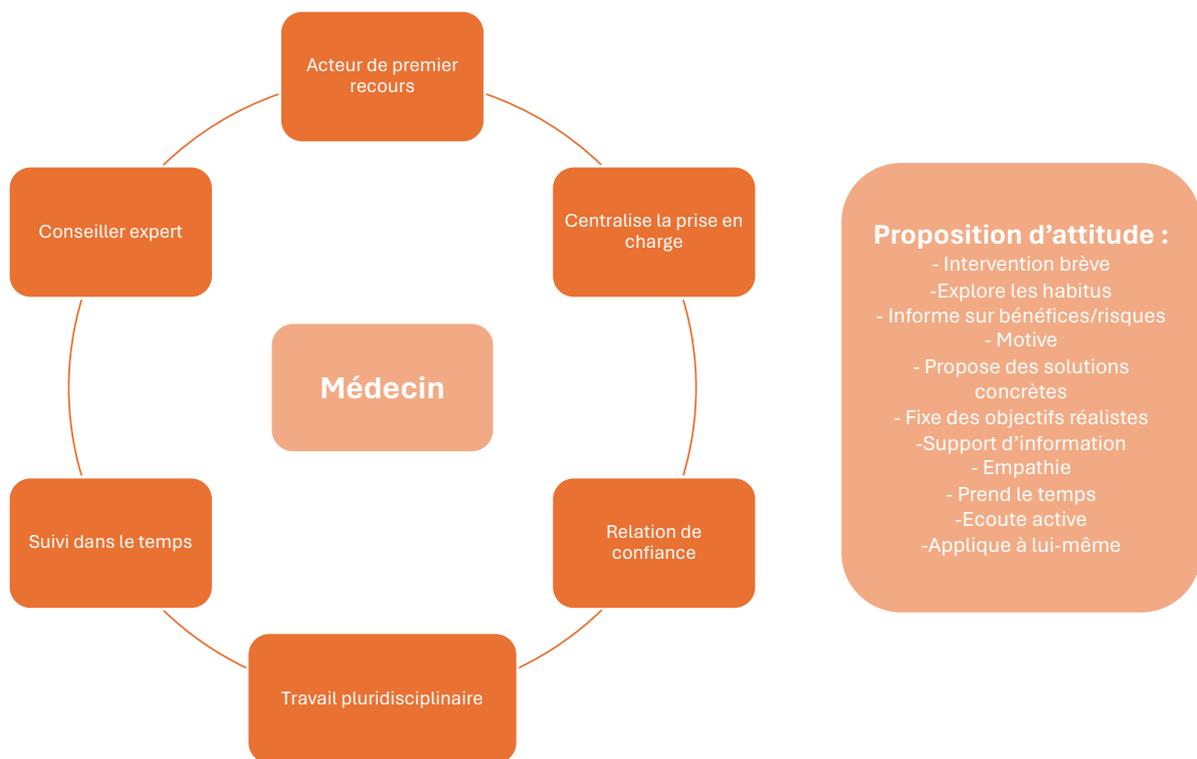
Nombre d'entre eux ont appuyé leur souhait d'une **attitude empathique** de la part de leur médecin à l'inverse d'une attitude directive qui pourrait s'avérer contre-productive : « Oui et puis de dire ben voilà il faut que vous perdiez du poids, ceci, cela parce que dans ces injonctions là le patient c'est pas forcément motivant » (E3), « Après il y a une manière de le dire effectivement, le médecin il n'est pas là pour culpabiliser son patient ou l'obliger à faire quelque chose » (E5), « Commencer à les inciter tranquillement et non pas de but en blanc "Il faut faire du sport !" etc. autrement vous comprenez ? » (E6).

Les participants ont évoqué l'importance d'une **écoute active** : « Je souhaite que mon médecin soit à l'écoute de la personne » (E16), « Mais comme je dis faute de temps limité il y a des personnes qui vont voir leur médecin et leur médecin ne perçoit pas les alertes lancées par le patient » (E16).

De plus ils voulaient être **responsabilisés** par leur médecin : « J'apprécie car vous me mettez en face de mes responsabilités notamment pour faire de l'activité physique » (E16).

Les patients ont exprimé leur attente envers leur médecin généraliste qu'il **applique lui-même les conseils qu'il prodigue** : « Après ce qui est compliqué c'est que moi je suis en surpoids, et que je pense que je ne suis pas crédible pour parler de vélo au patient. C'est important pour moi que mon médecin traitant soit élané s'il me parle d'activité physique » (E3).

Figure 3 :



e. Bénéfices liés aux déplacements à vélo

Au cours des entretiens, les participants ont mis en avant les nombreux **bénéfices sur la santé physique** : « Ah oui pourquoi pas après oui je pense que c'est aussi un moyen de préserver sa santé parce que c'est faire du sport » (E3), « Sur le plan de la santé, c'est un plus. Notamment au niveau du diabète, ça le régule. [...] Mais c'est vrai que le vélo fait travailler les artères, le cœur, ça a du positif » (E13), « [...] Le vélo bien sûr que ça aurait aussi un effet bénéfique sur le sommeil c'est une certitude » (E15), « Mais si je savais faire du vélo, ça me procurerait du plaisir et en plus ça jouerait sur mes douleurs... » (E16), « Donc se sentir mieux, perdre du poids, retrouver le souffle » (E3), « La posture sur mon vélo, moi qui ai tendance à être recroquevillée, ça me rééquilibre un peu finalement » (E5).

Aussi, ils ont appuyé les effets positifs sur leur **santé psychique** en mettant en avant le rôle apaisant du vélo : « J'aime parce que je trouve que ça m'apporte ce moment-là de décompression » (E5) ; « Mais aussi dans la tête je suis mieux. Quand je fais du vélo j'ai l'impression de me purger, ça me purge l'esprit » (E13) ; « Non seulement il soigne son corps physique mais aussi son corps psychique » (E16).

Le rapport au corps se trouvait modifié grâce à la pratique du vélo. En effet, cela leur permettait de **mieux l'appréhender, d'en être plus à l'écoute** : « C'est plutôt grâce au vélo que j'ai pu me rendre compte que j'avais pas les mêmes sensations » (E13), nous disait un patient qui avait alors découvert un symptôme d'ischémie coronarienne.

D'autres patients ont vu grâce au vélo leur **confiance en soi** grandir, accompagnée d'un **sentiment d'accomplissement et de satisfaction** : « Je me dis que le vélo peut être très positif car il fait sortir la personne du quotidien et en plus ça rentre sur l'aspect motivation et renforcement de soi » (E14). Ou encore « J'ai toujours aimé l'effort physique, il y a comme un accomplissement [...]. L'effort physique ça fait du bien. Le vélo c'est pareil. » (E10).

Nombre des participants ont évoqué ressentir une **liberté** et une **indépendance** en se déplaçant à vélo : « Cette sensation de liberté. Quand je prends mon vélo je me sens libre » (E4) ; « Il y a cet aspect liberté dans le vélo qui moi me convient mieux. » (E5) ; « D'être un peu plus libre dans la destination j'ai envie de dire. De pouvoir m'arrêter où je veux, quand je veux, de pouvoir aller à mon rythme et d'être...comment dire, de gérer moi-même ma destination » (E15).

Un autre aspect positif qui a été évoqué est de **développer ses interactions sociales** grâce au vélo : « C'était du bonheur, c'était bien, on partageait plein de choses. » (E4), « Voilà, après je pense qu'aussi les moments clés dans la vie ça serait les moments sociaux c'est-à-dire que quand on fait des activités on rencontre du monde, y a tout ça aussi qui est important » (E9), « Ça m'apporte aussi le lien social. Ça n'a que des avantages [...] » (E13) ; « Je pense qu'en plus tu partages quelque chose avec tes enfants de les emmener en vélo » (E14).

Le **plaisir** provoqué par la pratique du vélo a été relevé de nombreuses fois comme un facteur permettant le maintien de l'activité : « [...] Quand je suis sur mon vélo je me régale » (E9) ; « Ça me faisait plaisir de faire du vélo » (E8).

Tout comme l'avantage de **profiter de son environnement** à vélo : « Cette liberté, sentir les fleurs, écouter les oiseaux, être dans la nature, être bien. C'est un plaisir de faire du vélo » (E4) ; « J'ai bien profité du paysage » (E11) ; « On est en itinérance et ça permet de prendre le temps d'explorer et de prendre l'air tout le temps. J'adore être dehors » (E12) disait encore un participant à propos des voyages à vélos.

L'**intérêt économique** de la pratique du vélo a été mis en avant par les participants : « Ben c'est sûr que pour moi économiquement ça serait moins cher d'utiliser le vélo parce que le coût de l'essence aujourd'hui... » (E2) et « Et même d'un point de vue économique c'est intéressant, car là je n'ai plus d'abonnement de tram » (E5).

Certains patients ont admis un **bénéfice de la pratique du vélo plus global sur la société** en apaisant les relations inter-individuelles et en participant à l'amélioration de nos environnements : « On accepte de prendre le temps et du coup ça modifie aussi notre rapport à la vie et puis notre rapport aux autres » (E3), « Y a ce côté peut être, en vous écoutant, ce côté individualiste dans sa voiture tandis que le vélo aurait plutôt... On n'a pas les vitres, on n'a pas le pare-brise on est dans le même monde on évolue dans le même environnement » (E3) ; « Je pense que maintenant c'est plus une question citoyenne, on arrête les conneries, la voiture en centre-ville ça ne sert pas à grand-chose » (E8).

L'image que l'on renvoyait en faisant du vélo intervenait également selon ce participant qui évoquait un effet de mode lié à une **image positive** : « Ça fait bien ça fait écolo ça fait jeune », « Puis il y a quelques années c'est revenu à la mode de faire du vélo, maintenant tout le monde veut faire du vélo » (E4).

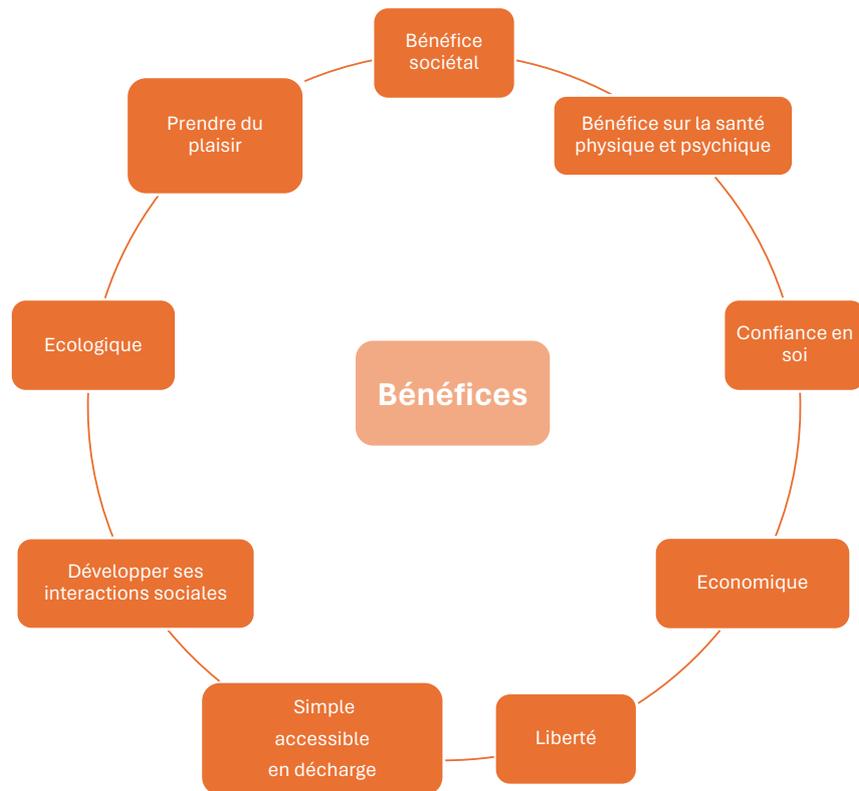
L'**argument écologique** avait du sens pour beaucoup : « C'est-à-dire un mode de transport beaucoup plus plébiscité, compte tenu des enjeux environnementaux. » (E5) ; « Je n'ai rien contre le vélo ou pour le vélo, je suis en faveur parce que c'est écologique » (E8) ; « Moi je trouve que ça fait pas de bruit, c'est très agréable, pollution zéro » (E9).

Les participants ont aussi caractérisé le vélo comme étant **simple d'utilisation et polyvalent** qui le rendait facile à mettre en place : « Et le vélo en principe c'est accessible à tout le monde. A partir du moment où on tient en équilibre sur deux roues, je pense que c'est accessible à tout le monde » (E10) ; « C'est vrai que marcher, faire du vélo c'est les activités les plus accessibles, les plus faciles à faire » (E11) ; « Eh ben avec le vélo on peut évoluer sur pratiquement tous les terrains... la ville, la campagne, la montagne, la mer oui oui ! » (E6) ; « Un vélo de base ça s'entretient facilement, changer une roue, mettre une rustine, ça je sais faire » (E10).

D'après eux, le vélo aurait pu être recommandé à tous car c'est **une activité douce, en décharge et accessible** à chacun : « Il n'y a pas de choc au niveau des articulations et du coup je ne sollicite pas la voûte plantaire...voilà » (E7) ; « Parce que je ne peux pas prendre un sport trop violent avec mon pacemaker donc j'ai pris des choses calmes (*ndlr : dont le vélo*) » (E4) ; « Il y a moyen de faire des activités par exemple sans la douleur où il n'y a pas l'appui du corps comme la natation ou le vélo » (E16) ; « Je suis gêné pour la marche, je peux quand même marcher mais rapidement j'ai le gros orteil qui me gêne. C'est pour ça que je passe sur le vélo, où il n'y a pas d'appui » (E13).

Le vélo a été plébiscité comme le moyen de transport adapté aux **trajets courts** et notamment en **ville** : « Euh je veux dire faire les courses en vélo aller chez le médecin... là j'ai mis 1h pour venir, je serais venu en vélo j'aurais mis une demi-heure ! » (E6) ; « Oui le côté pratique effectivement en ville le matin c'est quand même plus fluide et puis on sait à quelle heure on part à quelle heure on arrive, contrairement aux voitures » (E7) ; « Avant je l'utilisais beaucoup pour aller travailler (*ndlr : le vélo*), j'avais un quart d'heure pour aller de chez moi à mon travail. Donc le matin c'était très bien. Pas besoin de chercher une place de garage, j'arrivais directement sur mon lieu de travail » (E10).

Figure 4 :



f. Les inconvénients liés aux déplacements à vélo

Au cours de nos entretiens, nous nous sommes attachés à rechercher les inconvénients inhérents aux déplacements à vélo ressentis par les participants.

Dans la totalité de nos entretiens les participants ont décrit leur perception de la pratique du vélo comme **dangereuse** et **source d'insécurité** à divers degrés d'intensité : « Alors je pense pour les gens qui travaillent et qui vont travailler en vélo, avec la circulation, je pense que parfois ça peut être dangereux pour eux » (E4) ; « Le seul gros point noir c'est le danger quoi, le danger à cause de la circulation » (E9) ; « Après je les comprends ceux qui ne font pas du vélo quand on voit comment se comportent les gens sur la route, je comprends qu'ils préfèrent prendre le bus ou le tram. C'est plus sécurisant » (E10) ; « C'est la petite route de campagne du matin que tous les travailleurs prennent en voiture et il n'y a pas de voie cyclable. Là c'est vraiment se mettre en danger que de prendre le vélo » (E11).

Ensuite certains nous ont dit être freinés par le **manque de praticité** du vélo lui préférant alors d'autres moyens de transport : « Si je vais faire des courses et que je suis chargé ou que je vais à *Ville2* j'y vais pas en vélo j'y vais en voiture » (E4) ; « Dans le cadre du travail non parce que je suis obligé de me déplacer avec des outils donc il est hors de question » (E7) ; « Le problème c'est qu'il faut amener leur petite fille, du coup ils prennent la voiture le matin pour l'amener à la crèche » (E8) ; « C'est une histoire de confort. Le vélo il faut aller le chercher, le monter » (E13).

Les **grandes distances** se sont révélées être sources de réticences à l'utilisation du vélo : « Quand j'ai été muté au début je faisais en voiture parce que c'était loin » (E4) ; « Lui il va bosser en vélo maintenant qu'il travaille plus trop loin et moi c'est très loin pour le coup. Et au-delà de 30 minutes je prends les transports en commun » (E11).
Tout comme le **dénivelé** : « J'utilise la voiture parce qu'à vélo ça monte ça descend. » (E8) ; « J'ai pas envisagé ça parce que c'est pas plat déjà, ça monte, ça descend » (E7).

Ainsi que l'**investissement financier** initial qui pouvait être un frein au changement de mode de transport : « En terme économique le vélo c'est pas forcément donné au début il faut un apport de base. Et puis tout l'équipement aussi parce que quand on fait du vélo il faut être équipé » (E5).

Notamment pour les vélos à assistance électrique : « J'ai dit non c'est trop cher un vélo électrique je ne veux pas. C'était le prix qui m'embêtait » (E4).

Par ailleurs, il a été relevé à plusieurs reprises la difficulté à **trouver la motivation** pour faire du vélo : « C'est un manque de motivation où il faudrait que je me force, c'est de la feignantise. Je suis dans une résidence, c'est plus confortable, plus facile, je prends ma voiture et hop. » (E13) ; « Je me suis plus senti limité quand par exemple j'avais des périodes de fatigue ou de démotivation » (E14).

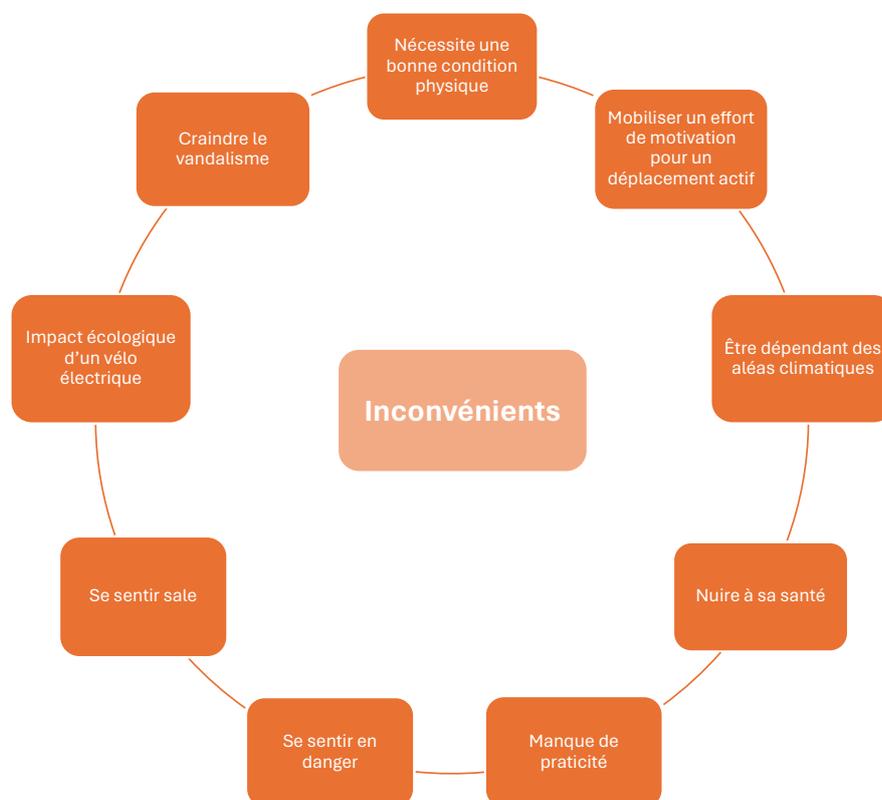
Effectivement certains ont affirmé **rechercher une passivité** lors de leurs déplacements qu'ils ne retrouvaient pas dans le vélo : « Mais c'est vrai qu'il y avait ce côté-là de profiter du trajet en tram pour faire autre chose, qu'en vélo on n'a pas. Je ne peux pas répondre à mes mails sur le vélo. » (E5).

Certains nous ont rapporté être freiné par le côté **salissant** d'un trajet à vélo notamment à cause de la transpiration induite par l'effort : « J'y vais en voiture car c'est au bout de la ville et que j'ai pas envie d'arriver avec la chemise trempée pour 3h de cours devant les étudiants » (E8) ; « Après vous arrivez vous sentez la transpiration c'est pas très agréable pour les personnes qui vous... qui doivent vous ausculter aussi » (E6) ; « Quand je fais du vélo je transpire même si j'y vais à une cadence douce, si j'y vais à mon rythme mais dès que j'arrive sur place je suis transpirante et commencer le travail, sachant que j'ai pas de douche au travail, en étant en transpiration dans mes vêtements de la journée pour moi c'est pas l'idéal » (E15).

Aussi, ils estimaient qu'il était indispensable d'**être en bonne condition physique et psychique** pour entreprendre des déplacements à vélo : « Si j'ai des vertiges, si je suis bloqué, la maladie, la vieillesse qui m'empêcherait de faire du vélo » (E4) ; « Ça me rebutait un peu le vélo lambda parce que je trouvais que c'était trop physique » et « Le vélo à mon sens il faut un minimum d'équilibre » (E5) ; « Je vais assez souvent utiliser mes jambes ou les transports en commun plutôt que mon vélo parce que c'est un sport que je fais pas assez et que c'est ma condition physique qui me rappelle en disant "olala la côte elle est trop dure fais-la à pied !" rires » (E12).

Enfin certains participants ont eu des expériences négatives. Certains se sont blessés et ont **nui à leur santé** lors de la pratique du vélo : « Parce que ce qui est enquinant c'est de respirer les pots d'échappement » (E3) ; « Je reviens sur le vélo, comme la course à pied, quand on fait ça sans objectif, c'est non traumatique par contre dès qu'on en fait de façon intensive on peut se blesser » (E13).

Figure 5 :



g. Leviers à disposition du médecin traitant pour amener au changement

Dans cette dernière partie, nous nous sommes attachés à rechercher auprès des participants à l'étude des solutions pouvant amener au changement comportemental vers la pratique du vélo.

Certains patients suggéraient une **modification des habitudes de vie afin de pouvoir intégrer le vélo dans le quotidien** : « J'aménage mon emploi du temps d'une autre manière » (E11). « Et j'organiserais mon emploi du temps de sorte à pouvoir le faire. C'est-à-dire me coucher plus tôt, si je dois m'organiser sur les autres tâches quotidiennes je le ferais de sorte à pouvoir le faire, y aller à vélo » (E15).

Ils précisaient aussi le rôle potentiel du médecin traitant pour aider les patients à modifier leurs habitudes : « Si on se met à la place d'un médecin c'est ça que je préconiserais en disant deux trois astuces pour intégrer ce vélo dans leur programme de la journée, dans leur organisation » (E15).

Les périodes de vacances pouvaient s'avérer propices aux déplacements à vélo : « J'aimerais bien tester de faire des vacances à vélo, c'est un truc que j'ai jamais fait mais qui me tenterait bien » (E12).

Le vélo matérialisait chez certains la combinaison entre un temps de trajet inévitable et le **moyen de pratiquer une activité physique** qu'ils ne pouvaient pas positionner ailleurs dans la journée : « Lorsque j'étais militaire je faisais mon trajet travail très souvent en vélo parce que durant la journée j'avais rarement des plages pour faire du sport » (E7) ; « Je me déplaçais tout le temps à vélo parce que comme ça ça faisait de l'activité physique » (E2) ; « Le vélo permet d'avoir quand même une activité un peu journalière, même si c'est pas une activité intense, c'est quand même une activité » (E5).

Une **pratique régulière aidée par des associations et les clubs** a permis à certains d'utiliser davantage leur vélo : « Au bout de quelques mois je lui ai proposé d'aller dans un club pour être encadré, pour apprendre et surtout pour qu'on garde la motivation et nous pousser à rouler un peu plus » (E13).

Le type de trajet avait son importance, le fait de **privilégier le vélo sur les courtes distances** permettait une intégration mieux acceptée selon les participants. En effet les trajets courts du quotidien sur de petites distances et avec une absence de chargement important semblaient être un bon mode d'entrée dans les déplacements à vélo : « Je vais l'utiliser pour aller chercher du pain par exemple, c'est l'opportunité qui fait que je l'utilise » (E14) ; « Et souvent ils coupent la sortie, ils en profitent pour faire d'autres choses aller chez le pharmacien faire des courses » (E13) ; « Je prends beaucoup la voiture mais j'essaie de limiter sur les courts trajets. Comme faire les courses » (E16).

En cas de distance trop importante, les patients interrogés ont avancé la solution de **combiner les moyens de transport** afin de pallier cette limitation : « Pour le travail je pourrais prendre le vélo et une fois au bureau, je peux me déplacer en voiture pour aller sur mes chantiers et je reviens au bureau et hop je repars avec mon vélo » (E2) ; « On met les vélos dans la voiture et on va à un autre endroit. Ce qui nous permet d'aller plus loin en distance » (E9) ou encore « Je pourrais faire vélo-train, train-vélo » (E12).

La **possibilité de moduler l'intensité de l'effort** en fonction de ses envies et de ses capacités physiques a été un argument pour pratiquer le vélo au quotidien : « Le vélo c'est simple vous jouez avec les vitesses, on peut moduler l'effort » (E6) ; « J'adapte mon trajet, je peux pédaler plus vite si je suis en retard et plus profiter quand je suis à l'heure » (E10).

Enfin des patients **diversifiaient leurs activités physiques** en y intégrant le vélo. Ceci leur permettait un travail physique plus complet grâce à des activités complémentaires : « Je fais du pilate, yoga donc là ça sera plus étirements, tranquille on va dire. Après, par exemple aussi je fais du volley pour se défouler, l'esprit d'équipe voilà y a un petit challenge avec une petite compétition. Et après il peut y avoir la course, le vélo ou autre chose là où on va plus y aller à fond, bien transpirer et être claqué à la fin. Il y a plusieurs niveaux » (E2) ; « Le vélo et la course à pied apportent des résultats intéressants, je les associe. L'idéal c'est de faire les deux et de varier l'intensité » (E13).

Des participants ont aussi souligné l'importance d'utiliser un **matériel adéquat** afin de rendre la pratique du vélo plus adaptée et acceptable : « J'ai des sacoches alors quand je vais au marché je mets après dans les sacoches, avec les poireaux qui dépassent (rire) » (E4) ; « J'ai un pantalon imperméable, la surveste qui est imperméable aussi. Et pour l'hiver j'ai des gants de vélo assez chauds, un tour de cou pour ne pas avoir trop froid et puis le casque évidemment » (E5) ; « [...] beaucoup vont te dire aussi quand on leur dit de faire de l'activité "il fait trop chaud", "il fait trop froid", "il pleut" (*rires*). À un moment donné ils sortiront pas mais si t'as l'équipement adapté, si » (E15).

Un vélo adapté permettait également à certaines personnes de pouvoir se déplacer à vélo, chose qui n'aurait pas été possible avec un vélo traditionnel : « Par exemple les triporteurs [...] c'est une solution pour pallier le vieillissement » (E8).

La **location** de vélo a aussi été mise en avant comme favorisant la pratique grâce à un accès aisé à un matériel approprié : « Je trouve que les locs ça se fait bien, ce sont des vélos en bon état, tu es tranquille » (E14).

Pour beaucoup, l'**assistance électrique** était perçue comme un moyen de lever de nombreux freins à un déplacement à vélo : « J'ai un vélo électrique. Donc les kilomètres ça ne m'effraie pas » (E4) ; « Je pense que le fait d'avoir un vélo électrique ça peut... En tout cas ça ne sera pas un frein, ça peut me motiver, tu arrives au taf tu n'es pas transpirant » (E14) ; « Si tu as des faux plats tu les passes plus facilement avec le vélo électrique et vu que je ne suis pas dans l'aspect performance physique, c'est possible » (E14) ; « Et moi qui n'était pas sportive ça m'a permis de me mettre à l'activité physique, je mets l'assistance la plus faible. Je sais c'est moins physique qu'un vélo normal mais c'est vrai que ça fait bouger un peu. De faire ça tous les jours 20 km ça me fait quand même mon activité physique de la journée » (E5) ; « Depuis que j'ai mon pacemaker, j'ai un vélo électrique » (E4).

Un participant a cependant remis en cause cette technologie en s'interrogeant sur l'impact écologique des batteries : « Alors je me pose la question parfois après il y a une partie qui se dit ça a l'air cool mais ces batteries qu'est-ce qu'elles deviennent ? C'est mon côté un peu "environnement" qui me met le doute » (E12).

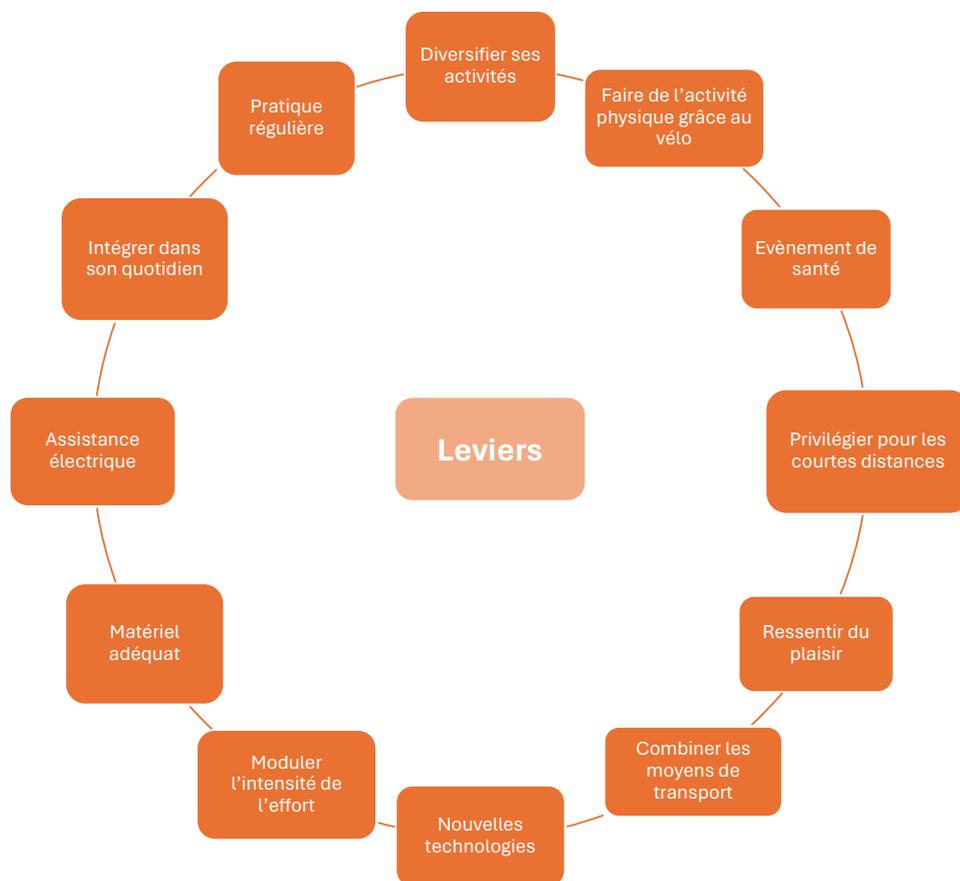
Les **nouvelles technologies** ont aussi été facilitantes notamment pour adapter son trajet en favorisant des milieux sécurisés : « En plus j'ai une application de vélo qui permet de choisir

ta route si tu veux quelque chose de sécurisé. C'est Géovelo®, c'est comme Waze® mais pour le vélo, tu choisis ta route si tu la veux plutôt rapide, sécurisée, etc. Et ça t'adapte c'est pas mal » (E15).

Enfin, beaucoup s'accordaient sur l'importance de **ressentir du plaisir** afin d'engager un changement vers l'utilisation du vélo : « Il faut faire quelque chose qu'on aime, toujours prendre du plaisir » (E15) ; « Je trouve que l'activité physique ou du moins le sport doit être un plaisir et pas quelque chose qui contraint ma vie à être dans un cadre donné » (E11) ; « Je pense que si une activité fait plaisir à quelqu'un il la fera » (E16).

Un participant se mettait dans la peau d'un médecin souhaitant promouvoir l'activité physique : « Qu'est-ce qu'ils font effectivement comme activité ? pourquoi ils n'en font pas ? qu'est ce qui pourrait leur faire plaisir ? Enfin je veux dire d'associer l'activité à du plaisir quoi et comment ils peuvent le rallier » (E3).

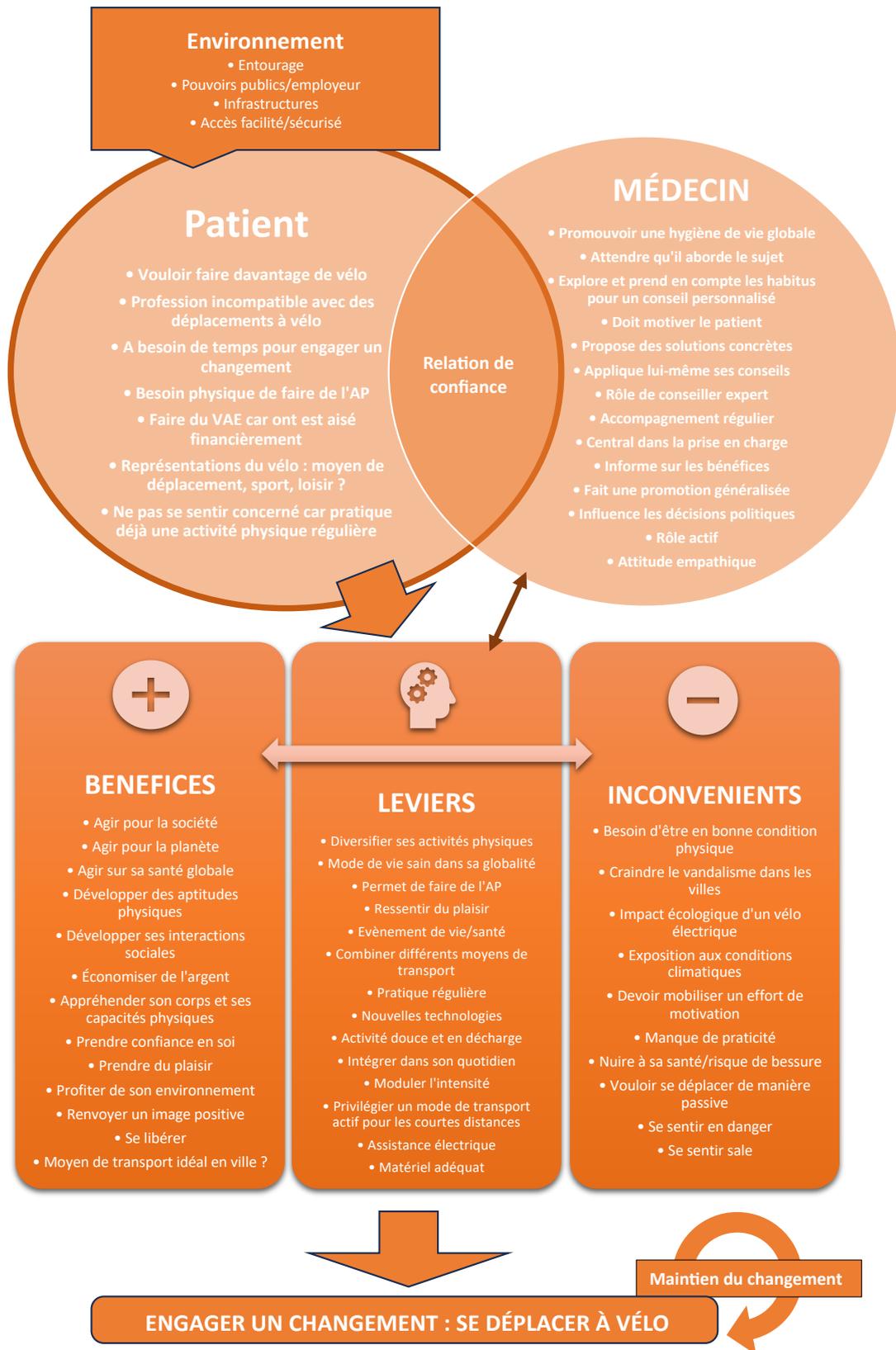
Figure 6 :



DISCUSSION

a. Modèle explicatif

Le modèle explicatif suivant résume l'ensemble des résultats et expose leur articulation entre eux. **Figure 7 :**



La promotion de l'activité physique par le médecin traitant se base sur la relation de confiance qu'il entretient avec son patient. Ensemble, ils mettent en lumière les bénéfices et les réticences à la pratique du vélo dans l'objectif de les anticiper. Les freins peuvent alors être surmontés grâce à des leviers dont le médecin traitant dispose pour promouvoir l'activité physique par le vélo.

Tout d'abord, il est nécessaire pour le médecin de connaître son patient. C'est une personne unique avec ses représentations propres sur la pratique du vélo. Dans notre étude les patients interrogés ont pu s'exprimer spécifiquement sur leurs représentations de la pratique du vélo. Nous avons constaté une grande variabilité quant à leur approche de celle-ci : certains utilisant ce mode de transport comme instrument de loisir quand d'autres n'y voient qu'un utilitaire permettant de se déplacer dans un but précis.

Ces différences de représentations sont conditionnées par le vécu du patient, son éducation, ses événements de vie, ses antécédents médicaux. Il a un mode de vie actuel à prendre en compte, notamment sa classe sociale, sa profession, son lieu d'habitation et son entourage ainsi que son niveau d'activité physique. Il est important d'évaluer son stade de motivation et de considérer sa thymie actuelle pour lui apporter une prise en charge adaptée.

A l'issue de cette phase d'investigation sur les facteurs propres au patient, le praticien doit s'attacher à déterminer de manière précise l'environnement dans lequel il évolue. L'acceptabilité d'un déplacement à vélo sera en effet grandement influencée par la présence d'un environnement favorable, sécurisé ou une distance à parcourir faible.

L'influence de la société se doit d'être prise en compte : de nombreux acteurs comme les pouvoirs publics, les associations, les entreprises, ainsi que les autres citoyens et usagers peuvent influencer l'utilisation du vélo.

Les patients interrogés considèrent leur médecin généraliste comme un acteur de premier recours central dans leur prise en charge.

Ils considèrent leur médecin comme ayant un savoir et une expérience lui apportant une légitimité. Ils le voient également comme un acteur sociétal.

Ils attendent de lui de l'investissement et de l'implication dans la prise en charge de leur santé. Ils revendiquent un rôle proactif en particulier en ce qui concerne son rôle de prévention en santé, si besoin avec recours à d'autres professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Aussi, ils souhaitent que leur médecin explore leurs habitus afin de prodiguer un conseil personnalisé. Ils aspirent à une décision partagée, une information claire dans la prise en charge de leur santé. Cela passe par une attitude empathique et une écoute active.

Les patients ont des avis partagés concernant la promotion de l'activité physique par le vélo. Certains envisagent une promotion généralisée quand d'autres attendent une promotion ciblée en réponse à un problème de santé. D'aucuns apprécieraient une promotion dirigée vers le vélo quand d'autres aspirent à une promotion de l'activité physique en général. Cependant tous s'accordent sur la promotion d'une hygiène de vie de façon globale pouvant se matérialiser par la pratique du vélo.

Par ailleurs, ils souhaitent que le médecin aborde le sujet de l'activité physique et mette en avant les bénéfices et les inconvénients de la pratique du vélo.

De plus, ils attendent des solutions concrètes avec des objectifs réalisables pour utiliser davantage leur vélo, par exemple via la prescription d'activité physique et la présence de documentation en salle d'attente.

Enfin les patients sont conscients qu'ils ont besoin de temps pour engager un changement. C'est pourquoi ils attendent un suivi dans la durée avec un accompagnement médical régulier afin de maintenir et entretenir leur motivation.

b. Comparaison avec la littérature

L'importance d'une activité physique régulière dans un but de prévention en santé ainsi que les bénéfices qui en découlent ont pu faire l'objet de nombreuses démonstrations comme détaillé en introduction de ce travail. Il nous est apparu que les bénéfices liés à l'adoption d'un mode de vie actif semblaient acquis pour les participants. Ceux-ci ont pu nous citer un échantillon d'effets bénéfiques sur la santé concordants avec la littérature disponible sur le sujet.

Les motivations à l'adoption d'un mode de vie actif exprimées ont principalement concerné l'amélioration de l'état de santé mais aussi de la société, ainsi que des enjeux économiques et écologiques. Nous pouvons affirmer sans risque d'extrapolation que l'argument de maintien d'un état de santé physique et psychique se hisse au premier rang de celles-ci.

En effet l'entretien de ses capacités physiques musculaires, cardio-respiratoires et articulaires notamment a été de nombreuses fois mis en évidence.

Ceci corrobore les justifications des campagnes de promotions de l'activité physique mettant en avant les effets bénéfiques pour la santé ainsi que les différents rapports déjà cités plus hauts. On pourra retenir ici les arguments avancés par le Rapport Goujon pour plaider la cause d'un plan national vélo (31). Dans ce rapport l'argument de santé est en effet exposé en premier lieu, faisant de lui le principal déterminant de la promotion des déplacements à vélo, non seulement à l'échelon individuel dans un but d'amélioration de l'état de santé, mais également sur le plan collectif compte tenu des économies potentielles en jeu grâce à la lutte contre les maladies non transmissibles.

La lutte contre le vieillissement a été avancée comme argument, justement déjà décrit dans la littérature. Le travail de thèse cité plus tôt de BATTUT et LADAIQUE (38) qui avait exploré les représentations de patients quant à l'adoption d'un mode de vie actif avait identifié la peur du vieillissement comme une motivation.

Les participants ont pu ensuite décrire les freins à l'adoption d'un mode de vie actif via les déplacements à vélo au premier rang desquels le sentiment d'insécurité inhérent à l'évolution dans la circulation. Ceci corrobore les axes d'amélioration et de promotion des déplacements à vélo via l'aménagement de l'espace public et la séparation des voies cyclables de la circulation automobile. Cette crainte légitime fait écho aux risques accidentogènes dont les cas sévères sont associés aux accidents impliquant un véhicule motorisé (24,31).

Ce frein, le plus souvent rapporté dans nos entretiens, représente un obstacle non négligeable sur lequel le médecin traitant ne possède pas de levier d'action. Il appartient donc aux collectivités territoriales et aux pouvoirs publics de poursuivre la dynamique de développement des aménagements cyclistes.

Un des autres axes soulevé a été celui des limitations liées aux capacités physiques. Les participants ont jugé qu'une absence de condition physique suffisante, ou ressentie comme telle était un frein important. Nous avons également rencontré ce motif lors de notre revue bibliographique. Il faut donc prendre en compte les croyances des individus en leurs capacités à surmonter un effort, ce d'autant plus qu'il est contraignant, manquer de confiance en soi ou en ses capacités étant associé à une diminution de pratique et un évitement de celle-ci (43).

Aussi, les freins d'ordre organisationnel, entraînent une inertie à l'engagement d'un changement comportemental. Notamment lorsque l'on touche aux habitudes. Bien que les participants aient pu nous proposer des solutions alternatives : se lever plus tôt pour compenser un trajet un peu plus long qu'en voiture, aménager une douche sur le lieu de travail pour se changer en arrivant, etc., la littérature en la matière est riche en constatations de l'extrême difficulté à surmonter ce domaine de freins. La planification d'un transport vient alors, par sa répétition, ancrer le comportement dans une routine et en favorise la poursuite à long terme.

Une étude publiée en 2017 en Israël s'est intéressée au poids de la perception de l'état de santé sur la modification de comportement alimentaire d'un individu souffrant de stéatose hépatique non alcoolique (44). Dans cette étude, une perception de son état de santé comme faible était corrélée à une mauvaise application de comportements alimentaires adaptés. En extrapolant ces résultats, on pourrait penser qu'une faible perception de son état de santé serait liée à une difficulté accrue à engager un changement de comportement de manière générale. Ceci justifie alors l'intervention d'une tierce personne pour accompagner la personne désireuse ou cible d'un changement (43).

L'assistance électrique a été décrite comme un levier potentiel pour amener à une mobilité active. Le principal argument rapporté par les participants était de pouvoir, à l'aide de l'assistance électrique, surmonter une limitation physique.

Lors de notre revue de littérature, nous avons pu constater que les usagers de VAE étaient moins enclins à respecter les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique (27). Cependant, on peut naturellement penser que les pratiquants du VAE ont fait ce choix pour compenser des limitations physiques, manque de motivation etc. et auraient un niveau d'activité physique encore moindre en son absence. Une étude qualitative australienne publiée en 2022 auprès de pratiquants du vélo électrique a en effet mis en exergue son impact important sur le bien-être ainsi que sur le regain de motivation à engager de nouveaux changements. Cette étude a notamment révélé que le VAE amenait à réaliser des efforts physiques que les pratiquants n'auraient jamais effectués sans celui-ci (45).

Les participants de l'étude ont proposé un exemple d'attitude à adopter à destination du médecin généraliste, afin d'accompagner au mieux les patients dans l'adoption d'un mode de vie actif. Beaucoup ont souligné l'importance d'un conseil personnalisé, prenant pour point de départ leur habitus, avec un accompagnement régulier permettant de cheminer à leur rythme dans l'évolution comportementale sans discours moralisateur ni injonction qui s'avèreraient contre-productifs. Un discours individualisé et porté par des propositions concrètes et en anticipant les freins prévisibles permettrait d'accompagner ce changement au mieux. Nous pouvons aisément faire un parallèle avec l'utilisation de l'entretien motivationnel décrit ci-avant (42,46).

Certains cependant ont avancé qu'une attitude plus autoritaire et paternaliste venant de leur médecin traitant leur permettait d'induire un changement comportemental avec plus d'efficacité. Ceci va à l'encontre de la décision centrée-patient basée sur une collaboration entre le médecin et le patient sur un « pied d'égalité » dans le but de proposer une solution face à un problème de santé la plus avantageuse et la mieux acceptée possible. Certains auteurs viennent nuancer ce principe en défendant, dans certains cas, une décision que d'aucuns décriraient comme paternaliste. Selon ces auteurs, l'adoption d'une attitude décrite comme de « l'encadrement bienveillant » est alors à privilégier dans certaines situations pour

plus d'efficacité et toujours dans l'intérêt exprimé du patient. Il s'agirait alors de définir des profils de patients plutôt sensibles à ce type de relation, par l'exploration de leurs représentations, de leurs ressources ou simplement de leur souhait exprimé. Ceci est possible compte tenu de la connaissance approfondie de ceux-ci, domaine dans lequel le médecin traitant est privilégié du fait de sa proximité avec les patients qu'il accompagne (47,48).

Lors de nos entretiens, les patients interrogés ont souligné le rôle central du médecin généraliste de par son rôle de coordinateur du parcours de soins comme stipulé dans la définition de la WONCA (9). Par cette position, son expertise ainsi que la connaissance de ses patients, il est considéré comme légitime dans la promotion des comportements bénéfiques dans un but de prévention en santé.

Les patients nous ont ici confirmé le rôle du médecin traitant dans la promotion de l'activité physique. Une étude qualitative réalisée dans le cadre du travail de mémoire de Mme Camille Ortega soutenu à l'Université de Bordeaux en 2022 a exploré les déterminants à l'adoption d'un mode de vie actif via une enquête auprès de professionnels de santé ainsi que de patients (49). Les résultats semblent concordants avec nos conclusions. En effet, cette étude confirme le rôle central du médecin traitant comme déterminant de l'initiation d'un mode de vie actif en collaboration avec les autres professionnels de santé grâce à une parole forte. L'auteur a également pointé le caractère impactant d'une prescription papier, élément aussi rapporté dans nos entretiens.

Certains ont pu émettre des réserves sur la question de la promotion d'un déplacement à vélo de prime abord sans exclure le fait qu'il s'agissait un mode de transport à envisager de manière ciblée. A notre connaissance, aucune étude n'est à ce jour disponible pour confronter ce résultat.

c. Les forces et limites de notre étude

L'une des limites de notre étude est la présence d'un biais de sélection. C'est la conséquence du recrutement par bouche à oreille et de la participation volontaire. Les participants étaient intéressés par le sujet et ne sont probablement pas représentatifs des patients de Nouvelle Aquitaine. Afin de diminuer son impact, nous avons aspiré à un échantillonnage le plus varié possible. Nous avons porté une attention particulière à l'âge, au genre et aux comorbidités des participants ainsi qu'à leur lieu d'habitation, leur profession et leur pratique personnelle d'activité physique, l'objectif étant d'améliorer la validité externe de notre travail.

Le biais d'interprétation est une limite de notre étude. Cela est favorisé par la présence de données verbales non quantifiables, analysées de manière interprétative et subjective. Ce biais est inévitable et inhérent à la recherche qualitative. Pour l'éviter au maximum, nous avons réalisé un double codage ainsi qu'une triangulation des données avec notre directeur de thèse afin d'améliorer la validité interne de notre étude.

L'absence d'expérience de la part des investigateurs et du directeur de thèse a engendré un biais d'investigation. Cela se ressent sur certains entretiens, notamment les premiers effectués, avec la présence de relances à type de questions fermées laissant peu de place à la parole du participant et à l'élaboration de son propos. Afin de limiter ce biais, nous avons souhaité participer à un atelier de recherche qualitative proposé par la faculté. L'accès nous a été refusé devant l'avancée du travail. Cependant nous nous sommes appuyés sur le guide d'initiation à la recherche qualitative en santé ainsi que sur l'aide d'autres doctorants et médecin thésés ayant déjà une expérience dans le domaine de la recherche qualitative.

La réalisation d'entretiens semi dirigés individuels a permis une libre expression des participants. Cependant, la croisée des méthodes de recueil sur le même sujet, par exemple par un *focus group*, aurait pu permettre une analyse plus fine et plus robuste.

Aussi, les entretiens individuels ont pu générer un biais de désirabilité sociale envers l'investigateur, d'autant plus qu'il était leur médecin généraliste. Pour contrecarrer cela et favoriser la sincérité des participants, nous avons rappelé en début d'entretien le caractère anonyme ainsi que la liberté d'expression avec l'absence de jugement.

Notre étude est également limitée par la réalisation d'entretiens en visioconférence. Cela a pu altérer la qualité des entretiens et le recueil du langage non verbal.

Par ailleurs, le choix d'une méthode qualitative était adapté au sujet d'étude. Le sujet nous a semblé pertinent, original et d'actualité. D'une part du côté médical avec l'importance de la décision partagée et de la relation de confiance, la promotion de l'activité physique et d'un mode de vie sain... Et d'autre part d'un point de vue sociétal avec la prise de conscience écologique, les modifications des modes de vie personnels et professionnels, le pouvoir d'achat etc.

La modification du guide d'entretien au cours de l'étude a été une force de l'étude. Cette évolutivité a permis de préciser le propos de participants antérieurs et de mieux répondre à notre question de recherche.

Enfin, le journal de bord a été un outil fondamental de notre travail de chercheurs. Au début de notre travail nous avons relevé et noté nos *a priori* sur le sujet afin de limiter leur influence lors de l'analyse. Par la suite, il a été un outil de réflexion, de motivation et de cohésion.

d. Les perspectives

Nos résultats suggèrent des pistes d'amélioration pour les médecins généralistes dans la promotion de l'activité physique et pour engendrer un changement chez les patients. Dans la pratique, notre étude confirme l'importance d'une attitude empathique, non moralisatrice et appuyée par des propositions concrètes. Les leviers permettant d'amener le patient aux changements énumérés plus haut pourraient ainsi être une source d'inspiration pour le praticien afin qu'il accompagne au mieux le patient dans son changement.

Par ailleurs, le défaut de motivation a été un frein important. Nous pensons que l'entretien motivationnel est une composante importante et omniprésente dans la pratique du médecin généraliste. Il serait important de poursuivre la formation pour les étudiants, comme le propose la faculté de Bordeaux, mais aussi de favoriser le renouvellement des connaissances des médecins installés, par exemple via la formation continue.

Notre étude relève l'attente des patients envers un perfectionnement de la coordination des soins par le médecin généraliste. Les perspectives d'amélioration sont notamment basées sur les relations entre les différents intervenants, par exemple en fluidifiant les parcours thérapeutiques et en réfléchissant à des protocoles de soins sur un territoire donné comme cela peut être le cas pour les réseaux sport-santé via la prescription d'activité physique adaptée. Ceci par la poursuite du développement de ces réseaux sport-santé, la simplification de leur accès, ouverture à un plus grand nombre de patients ainsi qu'une communication plus large auprès du grand public.

Dans le futur l'impact des nouvelles technologies et de l'intelligence artificielle sera d'autant plus important. Cela pourrait avoir un effet bénéfique sur la pratique du vélo comme on le voit actuellement avec le développement de l'assistance électrique. Dans sa pratique, il sera important pour le médecin généraliste de s'appuyer sur ces composantes actuelles.

Au cours de notre travail, des participants ont mis en avant l'impact de l'éducation dès le plus jeune âge sur la pratique d'activité physique à l'âge adulte. Pour de futures recherches, on pourrait se questionner sur l'influence de l'apprentissage du vélo en école primaire sur la pratique ultérieure. Une étude quantitative pourrait en faire l'objet.

D'un point de vue sociétal, nous avons remarqué que de nombreux participants étaient freinés par l'aspect sécuritaire de la pratique du vélo. Des améliorations en faveur de la circulation à vélo et du partage de la route avec les autres usagers, que ce soit en milieu urbain ou à la campagne, seraient propices et souhaitées.

Enfin, le souhait d'une meilleure prévention et l'attrait vers un mode de vie sain a été défini comme un enjeu majeur. Cela passe par une augmentation de l'activité physique associée à une diminution de la sédentarité. Cet aspect aura probablement encore plus d'importance dans les années à venir avec la recrudescence des questions éthiques en particulier sur le coût de la santé et l'accès aux professionnels de santé.

CONCLUSION

Notre étude s'est intéressée à la promotion de l'activité physique par le vélo de la part du médecin généraliste.

Lors de l'analyse, nous avons pu établir les motivations notamment de santé mais aussi d'ordre économique, écologique et d'amélioration de la société.

De nombreux freins ont aussi été soulevés, qu'ils soient logistiques, sécuritaires, physiques liés aux patients ou du fait d'un environnement défavorable.

Dans notre quête de modification comportementale, il convient d'explorer les bénéfices et les réticences à la pratique du vélo pour les prendre en compte afin d'accompagner au mieux les patients.

A l'issue de ce travail, des leviers pouvant favoriser les déplacements ont émergé et sont alors mis à disposition du médecin généraliste.

Par la suite les patients ont proposé des conduites à adopter à l'attention du médecin traitant voulant promouvoir les déplacements à vélo :

D'une part, il est ressorti de façon unanime l'importance pour le médecin de s'adapter à son patient. Pour cela il convient de prendre en compte ses représentations, son vécu et son mode de vie actuel.

Ensuite, le médecin généraliste doit être conscient de ce qu'il représente pour le patient afin de créer une alliance thérapeutique basée sur l'empathie et l'écoute. En outre, le patient attend du médecin une expertise avec une posture active, que ce soit dans la prise en charge directe du patient ou dans le travail pluridisciplinaire.

Par ailleurs, l'utilisation de l'entretien motivationnel par le médecin fait partie intégrante de la promotion de l'activité physique par le vélo. Celui-ci s'appuie sur ses connaissances pour repérer le stade de motivation du patient. Ainsi le médecin peut proposer une prise en charge adaptée afin d'amener le patient vers le changement. Les participants ont signalé l'intérêt du suivi régulier dans le temps afin de maintenir le changement entamé.

Une attention particulière est portée envers les pouvoirs publics qui ont un rôle à jouer dans le développement des mobilités actives.

Des perspectives encourageantes ont été proposées par les patients :

- L'amélioration de la pratique du médecin généraliste notamment par l'évaluation et l'adaptation à son patient.
- L'amélioration de l'organisation des soins par un meilleur travail pluridisciplinaire
- L'amélioration de la formation, notamment des internes et médecins généralistes installés afin de promouvoir un mode de vie actif au plus grand nombre.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Organisation Mondiale de la Santé. 2020. Activité physique. [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
2. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Paris: ANSES; 2016. Report No.: 2012-SA-0155. [Internet]. [cité le 8 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>.
3. Larousse É. Définitions : sport - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 11 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sport/74327>.
4. Larousse É. Condition physique. Larousse Médical [Internet]. [cité 19 déc 2023]. Disponible sur : https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/condition_physique/12132.
5. République française. Chapitre Ier : Principes (Articles L1111-1 à L1111-7) - Légifrance [Internet]. [cité 19 déc 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000039787347/2023-12-19/#LEGIARTI000039787347>
6. Article L1271-1 - Code des transports - Légifrance [Internet]. [cité 19 déc 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000039678220
7. OMS. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. 1946. [Internet]. [cité 19 déc 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
8. Gordon RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep.* 1983;98(2):107-9.
9. Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la Médecine Générale - Médecine de Famille. WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille); 2002.
10. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health.* 2018;6(10):1077-86.
11. Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3). Maisons-Alfort: ANSES; 2017 p. 535. [Internet]. [cité le 1 février 2022]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2014SA0234Ra.pdf>
12. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. 2e édition. Santé Publique France; 2020. Report No.: 2e Edition.
13. OMS. Rapport mondial de situation sur l'activité physique 2022 Organisation Mondiale de la Santé; 2022. [Internet]. [cité le 23 décembre 2023]. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363571/9789240060500-fre.pdf?sequence=1>.
14. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, Van Mechelen W, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet.* 2016;388(10051):1311-24.
15. Wen CP, Wai JPM, Tsai MK, Yang YC, Cheng TYD, Lee MC, et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *The Lancet.* 2011;378(9798):1244-53.
16. Blumenthal JA, Babyak MA, Murali Doraiswamy P, Watkins L, Hoffman BM, Barbour KA, et al. Exercise and Pharmacotherapy in the Treatment of Major Depressive Disorder. *Psychosom Med.* 2007;69(7):587-96.
17. Katzmarzyk PT, Friedenreich C, Shiroma EJ, Lee IM. Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income and high-income countries. *Br J Sports Med.* 2022;56:101-6.

18. Rezende LFM, Sá TH, Mielke GI, Viscondi JYK, Rey-López JP, Garcia LMT. All-Cause Mortality Attributable to Sitting Time. *Am J Prev Med.* 2016;51(2):253-63.
19. Matthews CE, George SM, Moore SC, Bowles HR, Blair A, Park Y, et al. Amount of time spent in sedentary behaviors and cause-specific mortality in US adults. *Am J Clin Nutr.* 2012;95(2):437-45.
20. Aquatias S, Arnal JF, Rivière D, Bilard J, Callède JP, Casillas JM, et al. *Activité physique: contextes et effets sur la santé - Synthèse et recommandations.* INSERM; 2008.
21. Dinu M, Pagliai G, Macchi C, Sofi F. Active Commuting and Multiple Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med.* 2019;49(3):437-52.
22. Fonda B, Panjan A, Markovic G, Sarabon N. Adjusted saddle position counteracts the modified muscle activation patterns during uphill cycling. *J Electromyogr Kinesiol.* 2011;21(5):854-60.
23. Martin A. *Le vélo comme mode de transport actif et son impact sur la mortalité et la morbi-mortalité des pratiquants de dix-huit ans et plus : une revue de la littérature systématique.* Thèse de Médecine Générale. Université de Montpellier. 2020;100p.
24. J.Thompson MJ, Ribara FP. Bicycle-Related Injuries. *Am Fam Physician.* 2001;63(10):2007-14.
25. Ma C, Yang D, Zhou J, Feng Z, Yuan Q. Risk Riding Behaviors of Urban E-Bikes: A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(13):2308.
26. Langford BC, Chen J, Cherry CR. Risky riding: Naturalistic methods comparing safety behavior from conventional bicycle riders and electric bike riders. *Accid Anal Prev.* 2015;82:220-6.
27. Haufe S, Boeck HT, Häckl S, Boyen J, Kück M, van Rhee CC, et al. Impact of electrically assisted bicycles on physical activity and traffic accident risk: a prospective observational study. *BMJ Open Sport — Exerc Med.* 2022;8(4):1-9.
28. El-Khoury F. *The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults.* Thèse de doctorat. Santé Publique Paris Sud 11, Paris Descartes; 2013. 193p.
29. *La voiture reste majoritaire pour les déplacements domicile-travail, même pour de courtes distances.* INSEE; 2021. (Insee Première). Report No.: 1835. [Internet]. [cité 12 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5013868>.
30. Vélo & Territoires. *Analyse des données de fréquentation cyclable 2022.* 2023. [Internet] [cité 12 janv 2024]. Disponible sur: https://www.velo-territoires.org/wp-content/uploads/2023/06/Rapport_PNF_2022.pdf.
31. Goujon P. *Plan national vélo.* Paris; 2012 p. 31. Report No.: Rapport Goujon. [Internet] [cité le 29 mars 2023]. Disponible sur: https://www.mdb-idf.org/spip/IMG/pdf/Rapport_Goujon_janvier2012.pdf.
32. *Ministères Écologie Énergie Territoires.* 2023. Dossier de presse - Plan Vélo et Marche 2023-2027 : 1er Comité interministériel. [Internet]. [cité 11 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.ecologie.gouv.fr/dossier-presse-plan-velo-et-marche-2023-2027-1er-comite-interministeriel>.
33. Haute Autorité de Santé. *Activité physique et sportive pour la santé promotion, consultation et prescription chez les adultes.* Paris: HAS; 2018. [Internet]. [cité le 29 mars 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/note_methodo_aps_vf.pdf.
34. République française. *LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé(1).* 2016-41; 2016.
35. *PEPS-Préscription d'Exercice Physique pour la Santé. Le dispositif PEPS.* [Internet]. [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.peps-na.fr/galerie>.
36. HAS. *Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez*

l'adulte. Recommandation de bonne pratique. Paris: Haute Autorité de Santé; 2022 p. 79.

37. Croquin M, Galudec PM. La prescription d'activité physique adaptée chez les adultes atteints de pathologies chroniques par les médecins généralistes, en France et à l'étranger : études des freins et leviers. Thèse de Médecine Générale. Université de Bordeaux; 2022.209p.
38. Battut KC, Ladaïque M. Mode de vie actif : Freins et motivations en population générale et pistes d'amélioration pour le médecin traitant. Thèse de Médecine Générale. Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille; 2020.122p.
39. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992;47(9):1102-14.
40. Daval R. Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers: Approche Centrée Sur Pers Prat Rech. 2008;n° 8(2):5-20.
41. Rollnick S, Butler CC, Kinnersley P, Gregory J, Mash B. Motivational interviewing. *BMJ.* 2010;340(apr27 2):c1900-c1900.
42. Azoulaï G, Plaquet I. Entretien motivationnel. Aider au changement de comportement. 2007;21(788/789):1046-7.
43. Boiché J, Perrin C, Ninot G, Varray A. Barrières à l'activité physique : constats et stratégies motivationnelles. *Activité physique en prévention.* 2020;(HS):34-7.
44. Zelber-Sagi S, Bord S, Dror-Lavi G, Smith ML, Towne Jr SD, Buch A, et al. Role of illness perception and self-efficacy in lifestyle modification among non-alcoholic fatty liver disease patients. *World J Gastroenterol.* 2017;23(10):1881-90.
45. Anderson CC, Clarkson DE, Howie VA, Withyman CJ, Vandelanotte C. Health and well-being benefits of e-bike commuting for inactive, overweight people living in regional Australia. *Health Promot J Austr.* 2022;33(Suppl 1):349-57.
46. Hashemzadeh M, Rahimi A, Zare-Farashbandi F, Alavi-Naeini AM, Daei A. Transtheoretical Model of Health Behavioral Change: A Systematic Review. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2019;24(2):83-90.
47. Sutrop M. Viewpoint: How to avoid a dichotomy between autonomy and beneficence: from liberalism to communitarianism and beyond. *J Intern Med.* 2011;269(4):375-9.
48. Loignon C, Boudreault-Fournier A. Du paternalisme à l'encadrement bienveillant. *Can Fam Physician.* 2012;58(11):e618-9.
49. Ortega C. L'adoption d'un mode de vie actif: de l'initiation à la pérennisation. Rôles des CPTS et de l'exercice coordonné autour du sport-santé. Université de Bordeaux. dumas-03818770. 2022;69p.

ANNEXES

Annexe n°1 : Fiche de recrutement

TRAVAIL DE THÈSE NOUS AVONS BESOIN DE VOTRE PARTICIPATION

Bonjour,

Nous sommes Guillaume Brachet et Timothée Noire, médecins généralistes remplaçants et étudiants pour le diplôme de docteur en médecine générale à la faculté de Bordeaux. Nous vous proposons de participer à notre travail de recherche dans le cadre de notre thèse d'exercice sur le **thème de la promotion de l'activité physique**.

Notre travail s'appuie sur des **entretiens individuels semi-dirigés**. La durée prévisible est de 30mn à 1H. L'objectif est un échange bienveillant et sans jugement afin de recueillir votre avis. L'entretien peut être interrompu à tout moment sans justification de votre part.

Ces entretiens seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone auprès d'un des investigateurs. Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé et seront anonymisées. Votre nom n'apparaîtra en aucun cas. Toute information recueillie pendant cette étude sera traitée de façon confidentielle. Seuls les responsables de cette étude auront accès aux données.

Le déroulement n'entraîne aucune participation financière de votre part. Cette étude se déroule sur la base du volontariat, vous ne recevrez aucune rémunération.

Les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Vous êtes libres d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.

Merci d'avance pour la disponibilité que vous nous accorderez.

Annexe n°2 : Guides d'entretien

Version initiale :

Titre provisoire :

RÉTICENCES ET MOTIVATIONS À L'UTILISATION DU VÉLO COMME MOYEN DE TRANSPORT, LEVIERS POUR LA PROMOTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE PAR LE MEDECIN TRAITANT. QUESTIONNAIRE

Échantillon :

- Population générale d'adultes francophones résidants en Nouvelle Aquitaine

Introduction :

Bonjour,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je m'appelle Guillaume BRACHET/Timothée NOIRE et je mène un travail sur l'utilisation du vélo comme moyen de transport. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous nous intéressons à votre expérience et votre vécu. Je suis ici pour vous écouter et vous comprendre. Vous pouvez exprimer tout ce que vous souhaitez, il n'y aura aucun jugement. L'entretien sera confidentiel et anonyme, nous ne garderons pas vos coordonnées. Avez-vous bien signé la feuille de consentement et avez-vous lu la lettre d'information ? Avez-vous compris l'ensemble des informations données ? Avez-vous des questions avant que nous débutions ?

A. Recueil des caractéristiques de la population :

1. Caractéristique : âge sexe poids/taille
2. Faites-vous de l'activité physique ou du sport ? A quelle fréquence ? Combien d'heures par semaine ?
3. Où habitez-vous ? En zone urbaine ? rurale ?
4. Quel est votre travail ? Avez-vous des déplacements professionnels ? Y a-t-il des locaux aménagés (douche, garage etc.) ?
5. Quels sont vos déplacements réguliers ? Via quel moyen de transport les réalisez-vous ?
 - a. Sur quelle distance en moyenne(<5km/5-10km/plus)
 - b. Type de parcours (campagne ? Ville ? Aménagé ? sécurisé ?)

B. Questions :

->Représentations activité physique et vélo

6. Qu'est-ce que l'activité physique représente pour vous ? Quel intérêt pourriez-vous y trouver ?
7. Possédez-vous un vélo ? (si non pourquoi ? question budget ? Autre ...)
Comment est-il ? L'utilisez-vous ?
8. Que représente le vélo pour vous ? Connaissez-vous des personnes qui utilisent le vélo au quotidien ? Qu'en pensez-vous ? Est-ce une activité physique envisageable pour vous ?

->Réticences

9. Pourquoi utilisez-vous un autre moyen de transport que le vélo ? Qu'est-ce qui vous limite ?
10. Quels sont selon-vous les inconvénients les déplacements à vélo ? Par rapport à d'autres moyens de transport ?

- Motivations

11. Qu'est-ce qui vous a motivé/pourrait vous motiver à vous déplacer en vélo ? (Évènement de santé ? Objectif personnel ? Infrastructure ?)
12. Quels changements avez-vous perçus ?
 - a. Sur votre santé (sens large : physique, mental, sommeil, etc..) ?
 - b. Sur votre vie sociale et familiale ?
13. Comment réagiriez-vous si on vous proposait d'aller travailler/de vous déplacer quotidiennement à vélo plutôt qu'un autre moyen de transport ?

-> Rôle du médecin traitant

14. Votre médecin traitant vous a-t-il déjà incité à pratiquer une activité physique ? Le vélo ? A quelle occasion ? Racontez-moi cet échange
15. Pensez-vous qu'il s'agit du rôle de votre médecin traitant de vous inciter à vous déplacer à vélo plutôt qu'en voiture par exemple ? Pourquoi ?

-> Conclusion

16. Souhaiteriez-vous ajouter quelque chose que nous n'aurions pas abordé ? Avez-vous d'autres remarques ?

Pour chaque entretien noter la durée et les premières impressions à chaud

Guide d'entretien version finale :

Titre provisoire :

**RÉTICENCES ET MOTIVATIONS À L'UTILISATION DU VÉLO COMME MOYEN DE TRANSPORT,
LEVIERS POUR LA PROMOTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE PAR LE MÉDECIN TRAITANT.
QUESTIONNAIRE**

Échantillon :

- Population générale d'adultes francophones résidants en Nouvelle Aquitaine

Introduction :

Bonjour,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je m'appelle Guillaume BRACHET/Timothée NOIRE et je mène un travail sur l'utilisation du vélo comme moyen de transport. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous nous intéressons à votre expérience et votre vécu. Je suis ici pour vous écouter et vous comprendre. Vous pouvez exprimer tout ce que vous souhaitez, il n'y aura aucun jugement. L'entretien sera confidentiel et anonyme, nous ne garderons pas vos coordonnées. Avez-vous bien signé la feuille de consentement et avez-vous lu la lettre d'information ? Avez-vous compris l'ensemble des informations données ? Avez-vous des questions avant que nous ne débutions ?

A. Recueil des caractéristiques de la population :

- Caractéristique : âge sexe poids/taille
- Faites-vous de l'activité physique ou du sport ? A quelle fréquence ? Combien d'heures par semaine ?
- Où habitez-vous ? En zone urbaine ? rurale ?
- Quel est votre travail ? Avez-vous des déplacements professionnels ?
- Quels sont vos déplacements réguliers ? Via quel moyen de transport les réalisez-vous ?
 - a. Sur quelle distance en moyenne (<5km/5-10km/plus)
 - b. Type de parcours (campagne ? Ville ? Aménagé ? sécurisé ?)
- Question brise-glace : **Racontez-moi votre dernière expérience à vélo.**

B. Questions :

->Représentations activité physique et vélo

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

Relance : Quel intérêt pourriez-vous y trouver ?

- **Que représente le vélo pour vous ?**

Relance : quelle place a-t-il dans votre quotidien, à quoi est-ce que vous l'associez, quelle image cela renvoie ?

- **Que pensez-vous du fait de se déplacer quotidiennement à vélo ?**

Relance : Pourquoi est-ce/n'est-ce pas une activité physique envisageable pour vous ? Dans quelles conditions serait-ce envisageable ?

->Réticences

• **Si n'utilise pas le vélo : Pourquoi utilisez-vous un autre moyen de transport que le vélo ?** Relance : quels sont les inconvénients des déplacements en vélo ?

• **Si utilise le vélo : Est-ce que vous trouvez des inconvénients à l'utilisation du vélo ?**

Relance : Pourquoi utilisez-vous parfois un autre moyen de transport ?

→ Motivations

• **Qu'est-ce qui vous a motivé/pourrait vous motiver à vous déplacer en vélo ?**

Relance : Évènement de santé ? Objectif personnel ? Des infrastructures ?

• **Quels changements avez-vous perçus ?**

a. Sur votre santé (sens large : physique, mental, sommeil, etc.) ?

b. Sur votre vie sociale et familiale ?

• **Comment réagiriez-vous si on vous proposait d'aller travailler/de vous déplacer quotidiennement en vélo plutôt qu'un autre moyen de transport ?**

→ Rôle du médecin traitant

• **Votre médecin traitant vous a-t-il déjà incité à pratiquer une activité physique ? Le vélo ?**

Relance : A quelle occasion ? Racontez-moi cet échange

• **Qu'attendez-vous de votre médecin traitant concernant l'activité physique et le vélo ?**

• **Que pensez-vous du rôle de votre médecin traitant pour vous inciter à vous déplacer en vélo plutôt qu'en voiture par exemple ? Pourquoi ?**

• **Qu'est-ce que votre médecin traitant pourrait vous dire pour changer ?**

Relance : Quelle manière/attitude serait la plus appropriée ? A quel moment ?

• **Auprès de qui (quel type de patient?) le médecin traitant devrait-il s'adresser pour promouvoir les déplacements en vélo selon vous ?**

Relance : Argument santé, âge, socio-économique ?

Conclusion

• **Souhaiteriez-vous ajouter quelque chose que nous n'aurions pas abordé ? Avez-vous d'autres remarques ?**

Pour chaque entretien noter la durée et les premières impressions à chaud

Annexe n°3 : Document d'information et de consentement participant

Intitulé de la structure : Département universitaire de médecine générale de Bordeaux

NOTE D'INFORMATION

Coordinateur de la recherche

Docteur Laurent RUBIO, médecin généraliste

Investigateurs

Messieurs Guillaume BRACHET et Timothée NOIRE, étudiants pour le diplôme de Docteur en médecine générale.

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par le département universitaire de médecine générale. Si vous décidez d'y participer, vous serez invité(e) à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer.

Vous conserverez une copie de ce formulaire.

1. Procédure de l'étude

Vous vous entretiendrez avec un ou plusieurs membres de l'équipe de recherche au cours d'un entretien individuel. Celui-ci vise à mieux comprendre les motivations et réticences à l'utilisation du vélo comme moyen de déplacement ainsi que du rôle du médecin généraliste dans la promotion de son utilisation.

Elle fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale informatique et libertés

2. Risques potentiels de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

3. Bénéfices potentiels de l'étude

Mieux comprendre les motivations et réticences à l'utilisation du vélo comme moyen de transport actif afin proposer des leviers à destination du médecin généraliste pour la promotion de l'activité physique.

4. Participation à l'étude

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

5. Rémunération et indemnisation

Pas de rémunération ni indemnisation pour la participation à cette étude.

6. Informations complémentaires

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès des chercheurs avec qui vous serez en contact :

Monsieur Guillaume BRACHET : guillaume.brachet@u-bordeaux.fr

Monsieur Timothée NOIRE : timothee.noire@u-bordeaux.fr

À l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

7. Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle le département de médecine générale et Messieurs Guillaume BRACHET et Timothée NOIRE vous proposent de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. La collecte de ces données repose en outre sur l'enregistrement audio des entretiens.

Ces données seront anonymes et leur identification sera codée afin que l'identification du participant devienne impossible. Plusieurs moyens ont été utilisés :

Anonymisation des entretiens lors de la retranscription (identité du patient, noms de lieux, noms de personne évoqués au cours de l'entretien).

Tableau de déchiffrement stocké sur ordinateur sécurisé par mot de passe avec verrouillage automatique de session utilisateur, dans un dossier sécurité par mot de passe sur un fichier lui-même sécurisé par mot de passe.

Pas de stockage en ligne des données sensibles (enregistrement audio, liste de correspondance participants/numéro entretiens anonymisés).

Retranscription des entretiens anonymisés et transfert des données anonymes transmises via GoogleDrive sécurisé par un accès restreint aux investigateurs uniquement.

Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

Selon la Loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel.

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

LETTRE DE CONSENTEMENT

J'ai été sollicité(e) pour participer à un projet de recherche en santé.

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'accepte l'enregistrement audio de l'entretien réalisé auprès des investigateurs ce pour la collecte des données utiles à la réalisation de l'étude.

J'ai été informé(e) que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la Loi.

Nom :

Lieu et Date :

à,

le ... / ... /

Signature :

SERMENT MEDICAL

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

RÉSUMÉ :

Titre : Motivations et réticences à l'utilisation du vélo comme moyen de déplacement actif en population générale en Nouvelle Aquitaine. Attentes des patients et suggestions de leviers à disposition du médecin généraliste pour la promotion de l'activité physique par le vélo.

Introduction : L'inactivité physique et la sédentarité ont un impact important sur la santé physique et psychique. Nous nous sommes intéressés à la promotion de la pratique du vélo comme moyen de déplacement actif, ainsi qu'aux attentes des patients envers leur médecin généraliste dans le cadre de cette même prévention.

Matériel et méthode : Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de patients de Nouvelle-Aquitaine. Approche inspirée de la théorisation ancrée avec analyse par double codage et triangulation des données.

Résultats : Dans notre étude, nous avons pu établir les motivations notamment de santé mais aussi d'ordre économique, écologique et d'amélioration de la société. De nombreux freins ont aussi été soulevés, qu'ils soient logistiques, sécuritaires, physiques liés aux patients ou du fait d'un environnement défavorable. Par la suite, des leviers pouvant favoriser les déplacements à vélo ont émergé et sont alors mis à disposition du médecin généraliste. Suivant les attentes exprimées par les patients, il en découle des propositions de conduite à adopter à l'attention du médecin traitant dans un objectif de promotion de l'activité physique par les déplacements à vélo.

Conclusion : Le médecin traitant est un acteur de premier recours ayant pour rôle la promotion de l'activité physique. Par le vélo, il peut amener le patient à engager un changement afin de l'amener vers un mode de vie plus sain. Cette étude ouvre des perspectives de recherche, de formation et d'organisation de soins.

Mots clés : Activité physique, vélo, promotion, médecin généraliste, étude qualitative
