

Année 2017/2018

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Hélène JANDIN GARRY

Née le 30 août 1988 à Blois (41)

**Opinions du patient sur la promotion et la prescription de
l'activité physique réalisées par le médecin généraliste.**

Présentée et soutenue publiquement le 29 mai 2018 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine
-Tours

Membres du Jury :

Professeur Denis ANGOULVANT, Cardiologie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Pierre-Henri DUCLUZEAU, Endocrinologie, diabétologie, et nutrition, Faculté de
Médecine – Tours

Docteur Etienne Gallet, Médecine Générale – Contres

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr. André GOUAZE - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Daniel ALISON
Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Pierre COSNAY
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER
Pr. Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles.....	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile

LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien
 Soins palliatifs || POTIER Alain | Médecine Générale |
| ROBERT Jean..... | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David
 Physiologie || BARBIER Louise | Chirurgie digestive |
| BERHOUEU Julien | Chirurgie orthopédique et traumatologique |

BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine.....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BOREL Stéphanie	Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse.....	Médecine Générale
LEMOINE Maël.....	Philosophie
MONJAUZE Cécile.....	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292

SI TAHAR Mustapha Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM
1100

WARDAK Claire Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste

GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier

PERRIER Danièle Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle Praticien Hospitalier

MAJZOUB Samuel Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon
travail.
Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne
servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.
Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

RESUME

Opinions du patient sur la promotion et la prescription de l'activité physique réalisées par le médecin généraliste.

Introduction : La loi santé du 26 janvier 2016 donne la possibilité au médecin traitant de prescrire une activité physique aux patients atteints d'une Affection de Longue Durée. L'objectif de cette étude est d'explorer les opinions du patient sur la promotion et la prescription de l'activité physique réalisées par le médecin généraliste.

Matériel et méthode : Etude qualitative par focus groups auprès de patients suivis pour une Affection de Longue Durée, recrutés au sein de la maison médicale de Contres (Loir et Cher). La trame d'entretien explore les opinions du patient sur le rôle du médecin généraliste dans la promotion et la prescription de l'activité physique, son ressenti face à ce type de prescription, la forme de prescription que le patient souhaite, les facteurs limitants rencontrés pouvant influencer l'observance et la représentation de l'activité physique pour le patient.

Résultats : Les patients estiment que la promotion de l'activité physique est le rôle du médecin généraliste. Les avis sur la prescription de l'activité physique sont partagés. Les formes de prescription attendues sont le conseil oral, l'orientation vers un coach sportif ou vers un groupe collectif, des brochures d'informations. Ils souhaitent que cette prescription soit adaptée à leur pathologie/capacité physique, à leurs compétences individuelles et qu'elle soit accompagnée d'explications afin d'en comprendre les objectifs. Plusieurs facteurs limitants sont rapportés par les patients. Le terme d'activité physique représente pour le patient les activités sportives, les tâches quotidiennes et les séances de kinésithérapie.

Conclusion : Les patients estiment que la promotion de l'activité physique est le rôle du médecin généraliste. Concernant la prescription, certains sont prêts à la suivre, à condition qu'elle soit adaptée et individuelle.

Mots clés : Activité physique – promotion – prescription - médecine générale.

ABSTRACT

Patients' opinions on the promotion and prescription of physical activity by General Practitioners.

Introduction: The Health Act of 26th January 2016 gave General Practitioners (GPs) the power to prescribe physical activity to patients with long term illnesses or conditions. The objective of this study was to investigate patients' opinions on the promotion and prescription of physical activity as given by their GPs.

Materials and methods: A qualitative study was conducted using focus groups made up of patients with long term illnesses or conditions and recruited from the medical centre in Contres (Loir et Cher). The opinions and feelings of the patients towards the physical activity prescribed by their GP was explored along with the role of GPs in promoting and prescribing physical activity. The different forms of prescription and expected types of physical activities were also discussed and the perceived limiting factors that patients thought would hinder their compliance.

Results: The results showed that patients believe that it is the role of GPs to promote physical activity. However, opinion is divided as to whether it should be prescribed. Expected forms of prescription were- oral advice, referral to a sports coach or to a collective group and information leaflets. Patients hoped that any prescription would be adapted to their pathological / physical abilities, their individual skills and be accompanied by explanations so they could better understand the objectives. Several limiting factors were reported by patients. Patients defined "physical activity" as – sport, daily routine tasks and physiotherapy.

Conclusion: Patients believe that the promotion of physical activity is the role of GPs. Some patients are happy to have it prescribed provided it is tailored to the individual and their abilities and needs.

Keywords : Physical activity – promotion – prescription - general practice

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ, pour me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

A Messieurs les professeurs Denis ANGOULVANT et Pierre-Henri DUCLUZEAU, pour me faire l'honneur de juger ce travail.

Au Docteur Etienne Gallet, pour avoir accepté de diriger ce travail. Merci de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail (enfin fini !) et merci de m'avoir guidée dans mes premières expériences de la médecine générale.

A toute l'équipe de la maison médicale de Tavers, merci de m'avoir chaleureusement accueillie pour mes premiers pas de médecin en solo ! Merci au Dr Jacob de m'avoir enseignée tant de choses et de continuer à me donner de précieux conseils chaque semaine ! Merci au Dr Coulon, Gorphe, Martinot et Hilbey de me faire confiance !

Aux patients qui ont participé à cette thèse, sans qui ce travail n'aurait pas pu être possible. Merci de votre disponibilité et de votre gentillesse.

A Adrien. Merci d'être à mes côtés depuis toutes ces années d'études, et bien même avant ! Merci de m'avoir aidée et de m'avoir soutenue par tous les moyens. Merci pour tous ces moments de bonheurs que tu m'apportes au quotidien ! Merci d'être là et d'être ce merveilleux Papa pour notre fils. Je t'aime tellement !

A Raphaël, mon petit garçon. Merci de me faire découvrir chaque jour la chance d'être ta maman. Chacun de tes regards, tes « maman », tes sourires et éclats de rires me comblent de bonheurs. Tu es ma plus grande fierté.

A celui ou celle qui viendra agrandir notre famille en novembre 2018. Nous t'aimons déjà.

A mes parents. Merci de m'avoir permis de faire ces études et de m'avoir soutenu. Merci pour votre amour, pour votre présence. Merci de m'avoir permis de devenir qui je suis aujourd'hui. Merci pour votre aide précieuse pour la réalisation de cette thèse, et merci à Papa pour son investissement jusqu'à la dernière minute !

A Olivier, mon frère que j'aime tant malgré nos opinions si différentes. Merci pour ton soutien de toujours. Merci de répondre toujours présent lorsque j'ai besoin de toi. **Merci à Amélie**.

A ma Grand-mère, pour ton soutien, ta présence, tes conseils (et les séjours à la montagne à tes côtés !).

A ma Belle Famille, merci pour votre soutien. Merci pour votre bonne humeur et pour ces grandes réunions de famille que j'aime tant !

A mon parrain, et à mes cousins. Merci d'être encore là, malgré les kilomètres qui nous séparent.

A ceux qui nous ont quittés et qui me manquent.

A mes amis,

A Jessica pour ton amitié de toujours.

A Audrey, pour ta bonne humeur permanente, communicative ! Et à **Albert**, qui sera le meilleur médecin généraliste de toute la Creuse. Merci pour Raphaël et ces moments où je le vois rire aux éclats avec vous, et pour tous les moments à venir !

A Anne Hélène pour ta gentillesse ! **A Thomas**, et à cette merveilleuse aventure qui vous attends.

A Camille, Camton, pour tes délires qui ressemblent aux miens ! **A Etienne**, et à votre vie qui commence à « seulement 1h30 » de chez nous !

A Justine Furb', pour cette amitié indispensable, pour ces expressions bien à toi (que je ne peux citer dans cette thèse) qui te rendent unique ! Merci pour ta précieuse relecture !

A Justine et Julien (et Noé) pour vos folles soirées jeux, et à ce nouveau départ à la montagne à 4 !

A Julie, l'amie de maman, pour son aide en anglais.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	15
MATERIEL ET METHODE	19
1. Choix de la méthode.....	19
2. Recrutement des participants.....	19
2.1 Critères de choix des participants.....	19
2.2 Mode d'accès aux participants	19
2.3 Recrutement.....	20
2.4 Taille des groupes et nombre de focus groups	20
3. Elaboration de la trame d'entretien	20
4. Elaboration du questionnaire	20
5. Déroulement des focus groups	21
6. La retranscription	21
7. L'analyse et l'interprétation	22
RESULTATS	23
Première partie : Le recrutement, description des séances et des participants	23
1. Le recrutement.....	23
2. Description des séances.....	23
3. Description des participants	24
Deuxième partie : Analyse des focus groups	25
1. Représentation de l'activité physique par les patients.....	25
1.1 Place de l'activité physique dans la vie quotidienne	25
1.2 Une activité physique quotidienne car liée au milieu rural	26
1.3 L'activité sportive est une source d'activité physique équivalente à la réalisation des tâches quotidiennes.....	26
1.4 Certains ont l'impression de ne pas en faire assez :	26
1.5 Une activité physique limitée :	27
2. Connaissance de l'activité physique.....	27
2.1 Informations reçues par le médecin.....	27
2.1 Conseils reçus par les médias, la télévision.....	27
2.2 Regrets de ne pas connaître les bénéfices.....	28
3. Ressenti sur la promotion et la prescription de l'activité physique par le médecin généraliste	28
3.1 Ressenti sur la promotion	28
3.2 Rôle du médecin généraliste mais aussi du spécialiste.....	29
3.3 Plus d'impact si cela provient du médecin	29

4.	Ressenti sur la prescription de l'activité physique par le médecin généraliste.....	29
4.1	Avis partagés sur la prescription d'activité physique.....	29
4.2	Avis partagés sur la prescription sur ordonnance.....	29
5.	Attentes des patients concernant les caractéristiques de la prescription d'activité physique	30
5.1	Formes de la prescription de l'activité physique.....	30
5.2	Caractéristiques de la prescription.....	32
6.	Facteurs limitants la pratique de l'activité physique	34
6.1	Prise en charge financière – avis partagés.....	34
6.2	La diminution de capacité physique liée à la pathologie.....	36
6.3	Le manque de motivation pour les activités physiques	36
6.4	Prendre sa voiture, la distance à parcourir.....	36
6.5	La météo.....	36
6.6	Le manque de temps, le travail.....	36
6.7	La sécurité	36
6.8	La pratique de l'activité physique seul.....	37
6.9	L'individu complexé	37
	DISCUSSION	38
1.	Forces et limites de l'étude.....	38
1.1	Forces de l'étude.....	38
1.2	Limites de l'étude.....	38
2.	Principaux résultats	40
2.1	Opinions du patient sur la promotion et la prescription de l'activité physique	40
2.2	Facteurs limitants la pratique de l'activité physique	43
2.3	Représentation de l'activité physique par le patient, différente de celle du médecin.....	45
3	Schéma récapitulatif des principaux résultats	47
	CONCLUSION	48
	BIBLIOGRAPHIE	49
	ANNEXE 1 : Formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins traitants	52
	ANNEXE 2 : Phénotypes fonctionnels des patients atteints d'une ALD.....	53
	ANNEXE 3 : Trame d'entretien.....	54
	ANNEXE 4 : Questionnaire	55
	ANNEXE 5 : Feuille d'information sur le projet de thèse	56
	ANNEXE 6 : Tableau population étudiée	58

ABREVIATIONS

ANSES	Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du travail
ALD	Affection de Longue Durée
ARS	Agence Régionale de Santé
DR-D-JSCS	Directions régionales et Départementales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
FC max	Fréquence Cardiaque maximale
GPAQ	Global Physical Activity Questionnaire
HAS	Haute Autorité de Santé
HDL	High Density Lipoprotein
IFOP	Institut Français d'Opinion Publique
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
LDL	Low Density Lipoprotein
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNNS	Programme National Nutrition Santé

INTRODUCTION

La loi santé du 26 janvier 2016 (1), dite « loi de modernisation du système de santé » contient deux dispositions favorisant la prise en compte des activités physiques et sportives dans les différentes politiques de santé.

L'article 1172-1 du code de la santé publique donne la possibilité au médecin traitant de prescrire une activité physique aux patients atteints d'une ALD (Affection de Longue Durée). Le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.

L'objectif est d'accroître le recours aux activités physiques comme thérapeutique non médicamenteuse et de développer la prescription par les médecins traitants. Ainsi, les activités physiques seront prescrites dans un cadre législatif. Les prescriptions seront réalisées par le médecin traitant et seront assurées dans des structures labellisées.

La dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de « permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liées à l'ALD dont elle est atteinte ».

C'est le décret du 30 décembre 2016, décret n° 2016-1990 (2), qui précise les modalités de prescription et de dispensation d'une activité physique (décret entrant en vigueur le 1^{er} mars 2017). Un guide précise la mise en œuvre du dispositif (3). C'est le médecin traitant déclaré à la sécurité sociale qui prescrit. Il peut ainsi prescrire aux patients atteints d'une ALD exonérante.

La prescription d'activité physique par un médecin devient possible pour environ 10,1 millions de patients, soit 17% de la population affiliée au régime général (4).

Le médecin traitant orientera les patients vers des structures labellisées. Ces structures feront partie d'un « réseau animé par les ARS (agences régionales de santé) et les DR-D-JSCS (Directions Régionales et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale) ».

Il est prévu un recensement et une mise à disposition sur les sites internet de l'ARS et des DR-D-JSCS de l'offre disponible au niveau de chaque région en matière d'activités physiques adaptées aux limitations fonctionnelles des patients. Ainsi, les médecins pourront orienter leurs patients selon leurs souhaits d'activité physique et selon les compétences d'encadrement proposées.

Le décret précise les intervenants pouvant dispenser cette activité (Tableau 1) :

- Professionnels de santé : masseur kinésithérapeute, ergothérapeute et psychomotricien.
- Professionnels en activité physique : les professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée et disposant de compétences spécifiques.

La liste de diplômes, titres à finalités professionnelles ou certificats de qualification remplissant les conditions prévues sont précisés dans le décret (2).

Tableau 1 : Interventions des professionnels et autres intervenants.

DOMAINES D'INTERVENTION PREFERENTIELS DES DIFFERENTS METIERS				
Limitations Métiers	Aucune limitation	Limitation minimale	Limitation modérée	Limitation sévère
Masseurs Kinésithérapeutes	+/-	+	++	+++
Ergothérapeutes et psychomotriciens (dans leur champ de compétences respectif)	(si besoin déterminé)	(si besoin déterminé)	++	+++
Enseignants en APA	+/-	++	+++	++
Educateurs sportifs	+++	+++	+	non concernés
Titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+ ¹	non concernés
Titulaires d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+ ¹	non concernés

Il est précisé dans le décret que seuls les masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens peuvent prendre en charge un patient ayant des limitations sévères.

Avec l'accord du patient, un compte rendu sur le déroulement de l'activité physique adaptée est transmis au médecin prescripteur de façon périodique. C'est l'intervenant qui effectue ce compte rendu.

Cette prescription s'effectue sur un formulaire spécifique (Annexe 1). Le médecin prescrit une « activité physique adaptée ».

Il s'agit d'une « activité physique » définie par :

- Sa régularité : il s'agit d'une activité au « quotidien », renvoyant aux recommandations actuelles.
- Le type de pratique : « sport, loisir ou activité programmée ». Peu importe le type d'activité physique pratiquée, l'objectif est de faire adopter un mode de vie physiquement actif.

Cette activité physique est « adaptée » :

- Elle est basée sur les aptitudes et les motivations. Le médecin prend en compte les contre-indications éventuelles ainsi que les précautions à prendre et les transmet à la personne en charge de l'activité physique.
- Il s'agit d'une activité physique qui prend en compte la sévérité de la pathologie, les capacités fonctionnelles et le risque médical du patient.

L'appréciation des limitations ou de leurs atténuations revient toujours au médecin traitant qui est responsable de l'orientation du patient vers le professionnel adapté. Pour évaluer ces limitations, il peut s'appuyer sur le tableau des critères de limitations fonctionnelles (Annexe 2).

Les bénéfices de la pratique de l'activité physique sont maintenant bien établis. L'activité physique régulière est bonne pour la santé, que ce soit pour prévenir certaines maladies ou pour contribuer à leur traitement.

L'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) a établi en 2008 les liens entre les maladies non transmissibles et la pratique d'activité physique (5). Le rapport d'analyse collective de l'ANSES (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du travail), réalisé en 2016, reprend les conclusions établies et les compare aux données récentes de la littérature (6).

Une relation dose-réponse a été mise en évidence pour plusieurs pathologies chroniques (cancers, maladies cardio-vasculaires, diabète de type 2, obésité). Cette relation dose-réponse implique que même la plus petite augmentation d'activité physique est bénéfique pour le patient atteint de maladie chronique.

En 2011, l'HAS (Haute Autorité de Santé) avait donné l'alerte concernant la prise en charge des risques cardio-vasculaires et la pratique d'activité physique (7). Malgré les recommandations par les agences sanitaires, les autorités scientifiques et les sociétés savantes, il existe un faible recours à ces thérapeutiques non médicamenteuses.

Suite à ce rapport de l'HAS, des expérimentations de « sport sur ordonnance » sont apparues en France. A Strasbourg depuis novembre 2012 avec le dispositif « Sport, santé sur ordonnance », mais aussi dans d'autres villes.

En février 2017, on compte quarante-cinq villes ayant adhéré au « réseau national des villes sport santé sur ordonnance ».

Les études réalisées sur ces projets sont prometteuses. On constate des diminutions de la sédentarité, des améliorations sur la qualité de vie, une perte de poids (8). Sur le plan biologiques, une étude réalisée sur 6 mois retrouve une diminution significative du cholestérol (LDL et HDL), ainsi qu'une diminution de l'hémoglobine glyquée (9).

Les dispositifs mis en place à l'étranger obtiennent les mêmes résultats prometteurs concernant la diminution de la sédentarité et l'amélioration de la qualité de vie (10) (11). Une étude Suédoise conclue que l'adhésion à l'activité physique sur prescription est aussi bonne que l'adhésion à d'autres traitements dits « plus classiques » (12).

L'ensemble de ces expérimentations de promotion et de prescription d'activité physique montrent que les patients se sentent prêts à modifier leurs habitudes de vie. Le médecin généraliste est un acteur principal. C'est lui le premier intervenant de santé auprès des patients. Les médecins de soins primaires sont idéalement placés pour toucher une large population à risque du mode de vie sédentaire.

Plusieurs travaux réalisés en France recueillent l'opinion des médecins sur cette promotion et prescription de l'activité physique. A Chambéry (13) et Tours (14), les médecins interrogés estiment que le frein principal est le manque de motivation et de plaisir du patient.

Une étude réalisée à Barcelone (15) conclut que le manque de prise en compte des besoins individuels du patient et des facteurs le motivant à pratiquer une activité physique est un frein à la bonne observance de cette prescription.

L'opinion des patients semble essentielle afin de permettre une adhésion à cette thérapeutique non médicamenteuse au long cours.

L'objectif de l'étude est d'explorer les opinions du patient sur la promotion et la prescription de l'activité physique réalisées par le médecin généraliste.

Les objectifs secondaires sont :

- Le patient pense-t-il que la promotion et la prescription de l'activité physique font parties du rôle du médecin généraliste ? Pourquoi ?
- Quelle forme de prescription le patient souhaite-t-il avoir ?
- Quel est le ressenti du patient face à une prescription d'activité physique établie par son médecin généraliste ?
- Quelle est la représentation de l'activité physique pour le patient ?
- Quels sont les facteurs limitants à la pratique de l'activité physique rencontrés par le patient pouvant influencer l'observance de la prescription d'activité physique ?

MATERIEL ET METHODE

1. Choix de la méthode

Dans cette étude, l'objectif était de recueillir les opinions des patients et de faire émerger de nouvelles idées en accord avec les attentes des patients. La méthode qualitative par focus groups a donc été choisie.

En effet, cette technique d'entretien de groupes permet de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements (16) grâce à la dynamique de groupe. Elle permet également de trouver des pistes pour améliorer la qualité des soins (17).

2. Recrutement des participants

2.1 Critères de choix des participants

La population cible correspondait à l'ensemble des patients ayant une ALD puisque le décret en rapport avec la prescription de l'activité physique par le médecin concerne l'ensemble des patients atteints d'une ALD.

Les patients ont été recrutés parmi la patientèle des cinq médecins généralistes de la maison médicale de Contres située dans le Loir et Cher.

Les critères d'inclusion étaient :

- Etre atteint d'une pathologie déclarée ALD (suivie par le médecin généraliste ou un spécialiste)
- Avoir consulté un des cinq médecins généralistes de la maison médicale entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2016 (permettant ainsi d'exclure des patients « perdus de vue »)
- Etre volontaire pour participer à l'étude.

Le seul critère d'exclusion était le refus de participer à l'étude.

2.2 Mode d'accès aux participants

Pour établir une liste de patients ayant une ALD, le logiciel informatique du cabinet médical (AXISANTE) a été utilisé. Le logiciel disposait d'un outil permettant une recherche « multi critères » parmi les patients de la base de données des cinq médecins généralistes.

Les critères « consultation en 2016 » et « ALD » ont été utilisés, générant une liste de 297 patients.

La recherche multi critères ne semble pas comptabiliser l'ensemble des patients de la maison médicale ayant consulté en 2016 suivis pour une pathologie ALD. Après renseignement auprès de la société gérant le logiciel médical, le critère « ALD » sélectionne les patients dont le médecin a coché la case « ALD » dans son dossier médical. Si le médecin généraliste ne l'a jamais coché, le patient n'est pas retenu dans la recherche.

Par la suite, la liste de patients a été mise dans un ordre aléatoire, grâce au logiciel EXCEL car la recherche multi critères générait une liste de patients par ordre alphabétique.

2.3 Recrutement

Le recrutement s'est fait par appel téléphonique. Chaque période de recrutement commençait deux semaines avant la date du focus group.

Chaque patient était contacté par téléphone et recruté sur la base du volontariat. Après présentation du projet de la thèse, il était proposé de participer à « une réunion » ou l'objectif était de recueillir leurs avis et leurs opinions. La date fixée préalablement était proposée immédiatement.

2.4 Taille des groupes et nombre de focus groups

Taille des groupes : Le nombre de participants est idéalement de 6 à 8 personnes, un nombre minimum de 4 personnes était indispensable pour obtenir une dynamique de groupe (16). Lors du recrutement, un nombre minimal de 7 réponses favorables était nécessaire pour arrêter le recrutement.

Nombre de focus groups : Dès le départ, la réalisation de quatre focus groups était prévue pour obtenir un échantillon assez important. Il n'a pas été réalisé de focus group supplémentaire devant la saturation de données obtenue au quatrième focus group.

3. Elaboration de la trame d'entretien

Pour la réalisation d'un focus group, une demi-douzaine de questions courtes et claires ont été élaborer. Les questions allaient du thème le plus général au plus spécifique (17).

La trame a été réfléchi afin d'être progressive dans l'abord de la question, avec des questions ouvertes afin de laisser les patients expliquer leurs opinions.

La trame (annexe 3) servait de « fil conducteur » afin de recentrer le débat. Elle n'était pas forcément suivie dans l'ordre chronologique si certain thème émergeait spontanément dans le groupe.

Des questions ont été préparées dans le but de relancer la discussion si le sujet s'épuisait. Elles n'étaient pas forcement utilisées. Elles permettaient de remobiliser la dynamique de groupe mais aussi de reformuler les idées lorsque cela paraissait nécessaire.

4. Elaboration du questionnaire

Pour la caractérisation de l'échantillon, un questionnaire était distribué à chaque participant et devait être complété de manière anonyme.

Ce questionnaire avait pour but de recueillir les caractéristiques des participants (âge, sexe, profession, pathologie, ALD). Il permettait aussi de déterminer le nombre de consultation chez le médecin généraliste au cours des douze derniers mois et de savoir si le participant avait déjà été sensibilisé au sujet de l'activité physique par son médecin traitant.

Enfin, l'activité physique déclarée de chaque participant était également recueillie grâce à ce questionnaire. Le questionnaire est situé en annexe 4.

5. Déroulement des focus groups

Le lieu choisi était volontairement neutre, convivial et accessible à l'ensemble des participants. Il s'agissait de la salle de réunion de la maison médicale de Contres. Afin que l'atmosphère soit plus détendue des boissons chaudes et biscuits étaient proposés dès l'entrée dans la salle de réunion. Les patients s'installaient autour d'une grande table de réunion.

A chaque place, autour de la table était disposé :

- Un stylo
- Le questionnaire
- Une feuille d'information sur le projet de la thèse, avec les coordonnées de l'étudiante réalisant l'étude (annexe 5).

Le modérateur (l'étudiante réalisant la thèse) était chargé d'animer le groupe. L'objectif était de faire immerger les différents points de vue.

Le modérateur après s'être présenté :

- Remerciait les participants d'avoir accepté et d'être venu
- Présentait la thèse, le principe du focus group et son but
- Expliquait que le recueil des informations était anonyme
- Expliquait l'intérêt de l'enregistrement et disposait le dictaphone au milieu de la table si tout le monde était d'accord
- Expliquait le questionnaire et la feuille d'information
- Présentait l'observateur.

Le modérateur était accompagné de l'observateur (non médecin) qui connaissait le thème et la trame d'entretien. Il devait prendre note des aspects non verbaux (colère, étonnement, sourire...) et surveiller le bon fonctionnement des enregistrements. Il pouvait intervenir pour relancer le débat ou donner la parole à un participant si celui-ci semblait vouloir intervenir.

La durée n'était pas définie au préalable. Les séances se poursuivaient jusqu'à ce que le groupe ne s'exprime plus sur le thème. En fin de séance, il était demandé si les participants avaient quelque chose à ajouter, afin de vérifier que tous les avis avaient été recueillis.

L'enregistrement des séances se faisait grâce un dictaphone numérique. Un smartphone, placé à côté du modérateur, enregistrerait parallèlement en cas de défaillance du premier appareil.

6. La retranscription

Une fois les données recueillies sous forme d'enregistrement sonore, leur retranscription intégrale sur support informatique grâce au logiciel Microsoft Word était réalisé le plus rapidement possible, dans la semaine suivante au maximum. Les données brutes des séances étaient ainsi accessibles à l'analyse.

La retranscription a été intégrale, sans correction ni reformulation. Les événements non sonores (hésitations, silence, rires, attitudes...) sont mentionnés en italique. Les parties

incompréhensibles, non identifiées malgré plusieurs écoutes sont annotées sous le terme « brouhaha ». L'anonymisation a été faite d'emblée au cours de la retranscription initiale.

L'ensemble de la retranscription des focus groups est disponible sur internet avec le lien suivant :

https://docs.google.com/document/d/e/2PACX-1vRBmlT2362xVTFfFZ6frLQ0BEn83GhSSm4QYUzujQBu5aiwSldVcDTOkp7aUFN_CSdpLofx-pNmci7_/pub

7. L'analyse et l'interprétation

L'analyse thématique du contenu de chacun des focus groups a été réalisée étape par étape.

Chaque focus group a été écouté plusieurs fois afin de s'imprégner des grandes lignes de l'analyse.

Puis chaque focus group a été relu ligne par ligne afin de déterminer des unités syntaxiques appelées verbatim (groupe de mots, morceau de phrase ou phrase complète). Un codage ouvert a ensuite été réalisé. Autrement dit, la grille d'analyse pour classer, comparer et confronter les verbatims était réalisée de manière ouverte et inductive, initialement à l'aide des questions de la trame d'entretien, mais si de nouvelles idées ou sous thème apparaissaient, ils étaient notés.

Chaque thème était illustré par un ou plusieurs extraits de la retranscription.

Les sous thèmes ont ensuite été regroupés en grand thème.

L'ensemble était noté manuellement sur un grand tableau, au moyen de différentes couleurs, surligneurs et phrase annotées. Puis, tout a été retranscrit sur logiciel informatique.

RESULTATS

Première partie : Le recrutement, description des séances et des participants

1. Le recrutement

Au total, 98 appels téléphoniques ont été réalisés. Vingt-huit patients ont répondu favorablement (soit 28,57%).

Quatre personnes avaient initialement répondu favorablement, mais ne pouvaient finalement participer pour des problèmes de disponibilité aux heures proposées.

Si les patients ne répondaient pas, un message était laissé sur le répondeur si cela était possible. Dix messages sur répondeur ont été laissés, seulement une personne a rappelé pour dire qu'elle était volontaire.

Parmi les refus, les motifs évoqués étaient la non disponibilité, l'incompatibilité de l'horaire du focus group avec le travail, le déplacement impossible. Une personne était hospitalisée, une personne voulait en parler avant avec son médecin traitant (mais n'a jamais rappelé).

2. Description des séances

Quatre focus groups ont été réalisés, entre le 31 août et le 27 novembre 2017, dans la salle de réunion de la maison de médicale de Contres (41).

Malgré un nombre minimal de 7 réponses favorables par séance lors du recrutement, le nombre de participants par séance allait de 7 à 4 participants.

Le dernier focus group ne comportait que 4 participants, 3 personnes ne se sont pas présentées. La dynamique de groupe a été plus difficile à mettre en place lors de cette séance.

La durée des focus groups allait de 31 minutes à 49 minutes (durée de l'enregistrement par le dictaphone).

Tableau 2 : Nombre de participants et durée des focus groups.

Focus group	Nombres de participants	Durée du focus group
1	6	49min
2	7	36min
3	6	44min
4	4	31min

3. Description des participants

Parmi les 28 réponses favorables, 5 personnes ne se sont pas présentées le jour du focus group. Un total de 23 personnes (soit 82% des réponses favorables) a été interrogé au cours de ces focus groups.

Les caractéristiques des participants sont résumées dans le tableau 3. Elles ont été obtenues grâce au remplissage du questionnaire par chaque participant.

Tableau 3 : caractéristiques des participants.

Femme	10		
Homme	13		
Age moyen	67.8 ans (60ans –74ans)		
Profession	Retraités (23)		
Consultation chez le médecin traitant au cours des 12 derniers mois	1 à 2 fois (3)	3 à 4 fois (13)	plus de 5 fois (7)
Déclaration d'activité physique (30min par jour)	Jamais (5)	au moins 2x/semaine (9)	2 à 3 fois par semaine (8) pas de réponse (1)
Votre médecin généraliste à t-il abordé avec vous la pratique d'activité physique ?	Jamais (4)	oui <12 mois (9)	oui mais > 12mois (5) je ne sais pas (2) Oui, mais je ne sais plus quand (2) Pas de réponse (1)
Pathologie	HTA (9) Diabète (8) Dyslipidémie (10) Pathologie cardiaque (4) Autres (10) ≥ 2 pathologies (13)		
ALD	Oui (22)		Non (1)

Les résultats détaillés du questionnaire sont en annexe 6.

La trame d'entretien a été modifiée après la réalisation du premier focus group. La question 1 (« Est-ce que votre médecin vous a déjà prescrit autre chose que des médicaments ? ») a été changée car les participants évoquaient tout de suite l'activité physique. A la place, il a été demandé : « Est-ce que votre médecin généraliste vous a déjà parlé d'activité physique ? »

La question 2 initiale a été supprimée (« Que représente pour vous l'activité physique »). La question avait provoqué un silence lors du premier focus group et ne semblait pas compréhensible.

La suffisance théorique a été obtenue après quatre focus groups. En d'autres termes, il n'a pas été retrouvé de nouvelle idée lors du quatrième focus group. Il était déjà prévu de réaliser au minimum quatre focus groups dès le départ. Cependant, si un autre focus group s'était avéré nécessaire, il aurait été réalisé.

L'analyse thématique des données a été réalisée par l'étudiante. Il a été retrouvé 179 verbatims. Ces verbatims ont été regroupés en sous catégories puis en grandes catégories.

Deuxième partie : Analyse des focus groups

1. Représentation de l'activité physique par les patients

1.1 Place de l'activité physique dans la vie quotidienne

1.1.1 Catégories d'activités physiques :

Lorsqu'on évoque l'activité physique avec les patients, trois catégories d'activités physiques sont énumérées.

- L'activité physique comme activité sportive :

Certains patients évoquent leurs activités sportives, leur appartenance à un club de sport.

F1L28 : « Alors la mienne, c'est du golf, mais avant, c'était du tennis »

F3L31 : « Moi, je fais un peu de badminton, de l'aquagym, en club »

- L'activité physique comme tâches ménagères/tâches quotidiennes

Tandis que d'autres patients ne parlent pas d'activité sportive, mais plutôt de leurs tâches quotidiennes qui sont sources d'activité physique.

- Faire le ménage, faire ses courses :

Les tâches ménagères sont source d'activité physique régulière.

F2L22 : « Mais je marche déjà tous les matins et quand on fait son ménage, on fait de l'activité quand même, quand on fait ses courses, on fait de l'activité... »

F4L23 : « J'ai une grande maison, je ne prends pas de femme de ménage exprès, comme ça, au moins, je me bouge. Entretenir la maison, faire le jardin... je me bouge ! »

- Le jardinage et rentrer/couper le bois :

Le jardinage et rentrer ou couper du bois est une source d'activité physique.

F1L101 : « Moi je rentre mon bois ! »

F1 L100 : « Un petit peu de jardin »

- Promener le chien :

Promener le chien est une source d'activité physique énoncée dans les quatre focus groups.

F1L96 : « Oui, tous les jours, parce qu'on a une petite chienne, et tous les jours nous allons la promener, au moins une heure de marche, quasiment tous les jours »

Le chien est une contrainte qui oblige les patients à faire de l'activité physique régulière.

F1 L162 : « Oui, nous c'est le chien qui nous entraîne. Il faut qu'on s'occupe du chien donc...c'est ça nous force »

- La chasse

La chasse est aussi une source d'activité physique.

F1L106 : « Il y a les chasseurs aussi ».

1.1.2 L'activité physique comme kinésithérapie

Les séances de kinésithérapie sont sources d'activité physique.

F1 L56 : « Alors moi j'ai de la kiné hein ».

1.2 Une activité physique quotidienne car liée au milieu rural

Le fait d'habiter dans une zone rurale engendre de faire de l'activité physique quotidiennement.

F3L16 : « - Moi j'habite à la campagne, donc j'ai toujours quelque chose à faire. J'ai une activité physique euh... »

- « Oui, naturelle ! C'est ça ! Sans pour ça, faire du vélo, aller marcher... »

1.3 L'activité sportive est une source d'activité physique équivalente à la réalisation des tâches quotidiennes.

Le terme activité physique englobe aussi bien les tâches quotidiennes que les activités sportives.

F3L30 : « C'est très varié, je rentre du bois, je fais du vélo, je marche »

F3L19 : « Oui, sans faire partie d'un club quoi, on peut très bien euh... se suffire en sport ! »

1.4 Certains ont l'impression de ne pas en faire assez :

F3L50 : « Et vous avez l'impression d'en faire assez ? Moi non ! »

F3L53 : « Nous savons qu'il faut en faire, mais ce n'est pas pour cela que nous le pratiquons »

1.5 Une activité physique limitée :

- Par la pathologie : F2L25 : « Et puis, quand on a des pathologies un peu spéciales, on ne peut pas non plus faire du sport, on peut pas tenir. Moi personnellement, quand je marche, je ne tiens pas très longtemps parce que j'ai les lombaires qui sont usées, donc ça m'arrête. Autrement, je n'aurais pas tout ça, c'est sûr, j'en ferais un peu plus »
- Par peur de faire une activité inadaptée à leur pathologie : F2L151 : « Moi je me suis posé la question pour mon cas à moi, je me suis fait opérer, je manque de souffle, j'aurais aimé savoir quel sport va être le mieux pour moi. Je veux bien faire des efforts, mais en fait savoir jusqu'où je peux aller j'aimerais savoir ».
- Depuis le début de la retraite : « F1 L72 : depuis que je suis à la retraite, c'est plutôt très calme »

2. Connaissance de l'activité physique

Les patients savent qu'il faut faire de l'activité physique. Leurs informations proviennent de leur médecin traitant et des médias.

2.1 Informations reçues par le médecin

Les patients ont reçu l'information de leur médecin.

De manière précise

F1 L50 : : « Alors il me disait de faire déjà 30 min par jour de marche »

F3L10 : « Moi il me dit de faire une demi-heure de marche par jour »

Ou moins précises

F2L22 : « Il m'a dit qu'il fallait que je marche, que je fasse de l'activité physique »

F2L33 : « Oui, le trente minutes par jour, c'est ce qui est transmis un peu près à chaque fois. Après, il ne rentre pas dans le détail. Il nous demande ce qu'on fait de notre journée »

Régulièrement

F1 L45 : « Et à chaque consultation, il va me dire : Attention ! » ... (grimace)

Ou suite à un évènement

F2L89 : « Moi il me l'a dit quand j'ai pris du poids, après avoir arrêté de fumer »

2.1 Conseils reçus par les médias, la télévision

L'information est relayée par les médias :

F3L12 : « De toute façon, même si le médecin ne nous le dit pas, on l'entend suffisamment sur les médias pour savoir ce qu'il faut le faire »

Notamment la télévision :

F2L41 : « Et ben, comme le disais mon voisin, la télévision vous le rappelle assez souvent »

2.2 Regrets de ne pas connaître les bénéfices

Les patients ne connaissent pas les bénéfices d'une activité physique régulière :

F3L24 : « le médecin ne m'a jamais expliqué, franchement, je ne sais pas »

Et regrettent que le médecin ne leur explique pas.

F3L28 : « Mais c'est dommage qu'il ne nous explique pas »

3. Ressenti sur la promotion et la prescription de l'activité physique par le médecin généraliste

3.1 Ressenti sur la promotion

3.1.1 C'est le rôle du médecin généraliste

Faire la promotion de l'activité physique est le rôle du médecin généraliste

F2L89 : « Oui c'est son job aussi quand même »

3.1.2 Les raisons évoquées

- C'est un problème de santé

F3L72 : « Oui, si c'est pour notre santé, c'est sûr que c'est son rôle »

- Sa préoccupation est de maintenir l'état du patient

F1L117 : « C'est quand même la préoccupation du médecin, de maintenir son patient en bonne santé »

- C'est le rôle du médecin de faire prendre conscience de l'état de santé

F2L94 : « Non mais bon, c'est vrai que c'est son rôle, c'est clair ! Il nous fait prendre conscience de notre état de santé »

- En prévention

F4L3 : « Ah oui, je trouve. il a un devoir de prévention quand même »

- En prévention secondaire, bénéfique pour le diabète

F1L121 : « Oui ou même, pas que prévention. Je pourrais vous dire quelque chose (...) j'ai divisé mes doses d'insuline par trois »

3.2 Rôle du médecin généraliste mais aussi du spécialiste

F2L98 : « Oui, tous ! le cardiologue, le diabétologue, le généraliste, tous ! Ils le disent tous ! »

3.3 Plus d'impact si cela provient du médecin

La « parole du médecin » faisant la promotion de l'activité physique à plus de force.

F3L79 : « De toute façon, à partir du moment où ça vient d'un médecin... Je veux dire, on vous écoute un peu plus quand même ! »

F4L75 : « Il faudrait que tout cela vienne du médecin quand même, c'est important la parole du médecin. Bon même si on ne suit pas toujours ce qu'il dit (rires), mais ça peut déclencher la motivation »

4. Ressenti sur la prescription de l'activité physique par le médecin généraliste

4.1 Avis partagés sur la prescription d'activité physique

4.1.1 Avis favorables :

Certains patients sont favorables à cette prescription, nécessaire pour rester en bonne santé.

F1L142 : « Oui, mais ça nous forcerait un peu plus, comme pour prendre les médicaments, si on veut rester en bonne santé, il y a certains médicaments, qu'on doit prendre, qu'on est obligé de prendre. Et je pense que la prescription d'activité physique c'est pareil ! »

4.1.2 Avis défavorables :

- Certains ne sont pas favorables.

F4L49 : « Oh, je lui dirais oui, mais bon ... » (grimace)

- Et voit cette prescription comme une contrainte

F2L130 : « Oui, enfin moi je pense, enfin c'est mon opinion hein ! A partir du moment où on contraint les gens à faire quelques choses, de force, ben ça ne marche pas ! »

4.2 Avis partagés sur la prescription sur ordonnance

4.2.1 Avis favorables

- Certains sont favorables à ce que cette prescription soit inscrite sur l'ordonnance

F3L144 : « De l'inscrire sur l'ordonnance, moi je pense que ça peut aider »

- Parce que cela devient sérieux si c'est marqué sur l'ordonnance

F3L106 : « Ah tiens, c'est sérieux (rires) HG : Donc comme c'est marqué, c'est sérieux ? Oui c'est un bon rappel »

- Parce qu'il est utilisé comme mémo si c'est inscrit sur l'ordonnance

F3F112 : « Oui, c'est un petit plus. Ça ne fait pas toute la motivation, mais c'est un petit plus quoi, on sait qu'on doit le faire ».

4.2.2 Avis défavorables

D'autres ne sont pas favorables à ce que cette prescription apparaisse sur l'ordonnance.

- Car cela ne leur apporte rien de plus

F2L110 : « Non, parce que, vous voyez, j'en ai rigolé et puis, il le fait exprès aussi de toute façon (...) Je n'en fais pas plus depuis qu'il l'a mis sur l'ordonnance »

- Car ça n'a pas plus de force que le conseil oral

F2L107 : « Oui, non mais ça engage à quoi que ça soit marquer sur l'ordonnance. A rien ! ça n'a pas plus de force que s'il nous le dit, faite cela pour diminuer votre taux de machins, c'est quand même plus convainquant ! »

5. Attentes des patients concernant les caractéristiques de la prescription d'activité physique

5.1 Formes de la prescription de l'activité physique

5.1.1 Conseil oral

La forme de prescription qui revient plus souvent est le conseil oral. Les patients sont demandeurs d'un échange oral provenant de leur médecin traitant.

- Rappel à chaque consultation

Ils aimeraient que ce conseil soit répété à chaque consultation

F3L151 : « Il faudrait nous en parler à chaque consultation »

- Au cours de la consultation

Au cours de la consultation, que cet échange soit complètement intégré dans leur consultation de suivi.

F1L251 : « Comme je vais chez mon médecin traitant régulièrement pour renouveler mes médicaments, euh... à ce moment-là, pour moi, ça devrait rentrer dans la consultation... d'en parler ça suffit »

- Pas une consultation dédiée

Cela ne nécessite pas une consultation entièrement dédiée

F2L173 : « Ça serait du temps de perdu je pense, non pas une consultation dédiée »

Parce que le médecin n'a pas le temps

F2L176 : « Oui, vous, vous n'avez pas le temps. Le médecin n'a pas le temps. Maintenant, il n'y a plus de temps »

Parce que pour cela, il vaut mieux quelqu'un d'autre, quelqu'un qui fait l'activité physique avec eux

F2L174 : « Oui, faudrait plutôt un coach. Quelqu'un qui fait le sport avec nous, quelqu'un qui nous dise ce qu'on peut faire. Quelqu'un qui nous montre quoi ! »

F2L179 : « Oui, il vaut mieux quelqu'un d'autre, qu'il fasse avec nous »

5.1.2 Un coach sportif

L'idée de quelqu'un qui pratique l'activité physique avec les patients les rend enthousiastes.

- Le rôle du coach serait de guider, d'encadrer le patient

F2L156 : « Non, moi j'aimerais bien quelqu'un qui m'encadre, qui me dise, ben voilà, vous pouvez faire ça. Ça vous ne pouvez pas le faire... vous voyez, quelqu'un qui nous guide ! »

- Mais aussi de lui donner la motivation

F1L259 : « Oui voilà, quelqu'un qui me booste un peu quoi »

5.1.3 Un groupe collectif, club, réunion selon les mêmes pathologies

L'idée du groupe collectif est revenue à chaque focus group, de façon spontanée.

F2L63 : « Oui, un groupe, un collectif ça serait bien de nous proposer ça ! »

- Pour créer une motivation

F3L227 : « Ah oui, le fait d'être en groupe, ça nous motive quand même. On n'ose pas appeler pour annuler si on ne veut pas y aller »

F4L92 : « Oui, les groupes, ça marche bien souvent. Moi, je viendrais si on me disait de venir pour ça ! »

- Pour regrouper les patients autour d'un intérêt commun

F2L191 : « Si on fait une réunion comme cela, en expliquant ce que vous pouvez faire par rapport à votre pathologie, ça va plaire, c'est sûr. Et puis les gens qui viennent seront intéressés. Ça, ça motiverait les gens je pense »

F2L139 : « Moi j'aimerais bien un groupe, un club ! A la piscine par exemple, j'irais ! »

F2L150 : « Faire des découvertes au sport, faire faire des essais à certains sports (...) j'aurais aimé savoir quel sport va être le mieux pour moi »

F3L231 : « Ah oui, je sais que certaines personnes ne sont motivées que parce qu'elles sont plusieurs »

- Mais l'idée du groupe collectif ne plait pas forcément à tous les monde

F2L64 : « Oui, alors moi je suis un peu : anti tout ça, Alors bon... les groupes, les machins comme ça... non, ce n'est pas mon truc. C'est sûr que c'est motivant hein, mais bon ce n'est pas mon truc à moi »

F4L42 : « Mais moi, je préfère toute seule, les groupes, ce n'est pas mon truc »

5.1.4 Un programme

L'idée d'un programme, d'un planning est apparue.

F3L253 : « Le médecin pourrait nous donner un planning, un programme sur ce qu'il faut faire »

5.1.5 Un système de punition

F2L98 : « Il faudrait un système de punition, vous savez, on va pas se cacher derrière le petit doigt, mais il n'y a que ça qui marche la pression et tant que vous touchez pas au portemonnaie, ça ne marche pas. Il faudrait un système ou tant que vous ne suivez pas les règles, ben les médicaments ne sont plus remboursés par exemple. Hein, il faut être honnête, on est tous comme cela, on fonctionne tous de cette façon pour une chose ou une autre »

5.2 **Caractéristiques de la prescription**

A l'idée d'une prescription d'activité physique, les patients énoncent les caractéristiques que doivent avoir cette prescription, sans quoi cette prescription leur semblerait difficile à observer.

Il faut que la prescription soit individuelle, c'est-à-dire :

- Adaptée au problème de santé/ aux capacités physiques du patient
- Adaptée aux compétences individuelles du patient
- Accompagnée d'explications.

Ces trois axes sont à respecter pour obtenir la meilleure observance à cette prescription.

5.2.1 Une prescription adaptée aux problèmes de santé / aux capacités physiques

La première idée, énumérée d'emblée lors de la discussion sur la prescription d'activité physique au sein des patients interrogés et celle d'une prescription adaptée à leur propre pathologie.

- Des pathologies qui limite l'activité physique possible :

F1174 : « Oui c'est pareil, il faut que ce soit adapté. Parce que moi, avec les problèmes de santé que j'ai, je ne peux plus faire grand-chose »

- Le patient veut savoir ce qui est « bon » pour sa pathologie

F2L189 : « Dire : vous pouvez faire cela, ça sera bien pour vous. Je pense que les gens peuvent être motivés par ça »

- Ne pas faire de prescriptions qui ne peuvent pas être réalisées :

F4L64 : « Il faut prescrire oui, mais il faut quelque chose d'adapté quand même. Si vous dites, il faut marcher et que la personne ne peut plus marcher... y'en a qui ont de l'arthrose quand même »

- Des patients demandeurs de ce qu'ils ont le droit/peuvent faire selon leur propre pathologie :

F1L259 : « j'aimerais qu'on me conseille. Ça m'intéresserait que mon médecin traitant me conseille un sport adapté à mon état de santé »

5.2.2 Une prescription adaptée aux compétences individuelles

Certains patients ne savent pas nager, ou d'autres ne savent pas faire de vélo. Cela doit être pris en compte dans la prescription.

F1179 : « Ben la piscine, je ne sais pas nager... »

5.2.3 Une prescription accompagnée d'explications

Les patients souhaitent avoir des explications sur cette prescription, savoir pourquoi cette prescription est faite.

F3L150 : « Ah oui, il faut qu'on sache pourquoi il faut faire cela ! »

F3L247 : « Insister sur les raisons »

- Connaître le but de cette prescription leur permet d'avoir une motivation.

F1L160 : « Si je n'ai pas une carotte au bout, j'y vais pas de toute façon. Il faut qu'il y ai un but ! »

5.2.4 Explications à donner pour la prescription d'activité physique

La prescription doit être accompagnée d'explications. Le patient souhaite savoir quel est sont les bénéfices d'une telle prescription pour lui-même.

F4L82 : « C'est vrai, c'est drôlement important de nous expliquer ça » (les bénéfices)

Trois thèmes déclencheurs de motivation sont apparus au cours des focus groups

- Motivation concernant l'état de santé /bienfait par rapport à sa pathologie

Les patients souhaitent connaître les bienfaits que l'activité physique engendre sur leur propre pathologie à eux.

F3L144 :

- « Et surtout nous dire les résultats que cela engendre »
- « Oui, ben voilà, c'est sûr, il faut nous le dire ça ! »
- « Ah oui, avoir quelque chose de concret »
- « Oui nous dire les bienfaits »

- Motivation concernant la prise de moins de médicaments

F3L148 : « De savoir pourquoi on le fait, si vous nous dites qu'on peut supprimer un médicament, c'est quand même bien quoi ! »

- Motivation concernant l'amélioration du bilan biologique

Une explication sur les conséquences de l'activité physique sur les taux biologiques.

F2L107 : « Faites cela pour diminuer votre taux de machins, c'est quand même plus convainquant ! »

6. Facteurs limitants la pratique de l'activité physique

6.1 Prise en charge financière – avis partagés

L'idée de la prise en charge de cette prescription, du coût financier apparaît clairement dans chaque focus group. Les avis sont partagés.

6.1.1 Avis favorables à la prise en charge financière – le coût financier est un frein

Le coût financier des activités physiques est un frein à leur réalisation.

F3L165 : « Ah mais oui, complètement, c'est clair que le coût est un frein ! »

- Certaines activités coûtent chères
 - La piscine : F1206 : « Que ce soit remboursé par la sécurité sociale, ça ne serait pas mal. Oui parce que y'a des activités, faut reconnaître qui ne sont pas données. La piscine, euh, ce n'est pas donné »
 - Les salles de sport : F3L201 : « Les salles de musculation aussi ce n'est pas donné... »
 - Tout le monde ne peut pas se le permettre

F2L81 : « Oui, y'en a qui ne peuvent pas mettre 30 -50 euros par mois ! Quand vous regardez le prix d'entrée des piscines, ça refroidit quand même ! »

F3L186 : « Oui, y'en a plein qui ne font rien parce que financièrement, ils ne peuvent pas quoi ! »

- Parce que cela inciterait à en faire plus

F3L184 : « Je pense que ça aiderait certaines personnes quand même » (réponse à : Est-ce que le fait que ce soit remboursé, inciterait à en faire plus à votre avis ?)

6.1.2 Avis défavorables à la prise en charge financière

- Car le coût serait trop cher pour la sécurité sociale

L'avis est défavorable pour le coût que cela engendre auprès de la sécurité sociale.

F3L191 : « Et puis même, quand même, il faut faire des économies quand même, alors bon, ça risque..... (...) A mon avis, c'est un coût que la sécurité sociale ne supportera pas ça... »

- Parce que ce n'est pas si cher que ça

F1L225 : « Faut arrêter, payer une cotisation dans un club de sport, ce n'est quand même pas un drame. Faut pas exagérer »

- Parce que le patient n'a pas de problème financier

F1288 : « Et puis voilà, je n'ai pas de problème financier, je ne veux pas être remboursé pour le sport »

- Parce que ça n'inciterait pas à en faire plus

F3L183 : « Non, je ne crois pas non ! (Réponse à Est-ce que le fait que ce soit remboursé, inciterait à en faire plus à votre avis ?) »

- Parce qu'on peut faire d'autres activités, sans coût

F3L168 : « Oui, on en retourne toujours au même problème. Le vélo et la marche, c'est bien, c'est gratos (...) »

- Un avis défavorable, sauf si la personne est dans le besoin

FL1225 : « Bon si on est complètement nécessiteux, oui bien sûr que la société prenne le relais. Mais si on n'est pas complètement nécessiteux, non il faut arrêter le tout gratuit »

- Un avis défavorable sauf si la survie en dépend

F3L189 : « Oui enfin bon, la sécurité sociale ne peut pas tout prendre en charge non plus ! Quand c'est obligatoire, vraiment, pour la survie, je ne dis pas mais bon... »

6.1.3 Aide financière partielle

L'idée d'une prise en charge partielle.

F1288 : « Moi, ça me plairait un système de carte de réduction. Ça m'aiderait si la sécurité prenait en charge. Mais pas tout, oui c'est sûr, mais une partie »

F3L206 : « Oui, par exemple un tarif réduit dans le cadre d'une prescription médicale »

6.1.4 C'est le médecin qui décide si remboursement ou non

Devant les avis partagés concernant la prise en charge financière, l'idée du médecin qui prendrait la décision au cas par cas du financement.

F1302 : « Ça serait au médecin de décider qui peut ou doit payer »

6.2 La diminution de capacité physique liée à la pathologie

La diminution de la capacité physique est un frein à suivre la prescription.

- La fatigue du corps : *F2L111 : « A un moment, le corps dit stop, et puis c'est tout ! Si je peux physiquement le faire, je le ferai mais pas plus »*
- La diminution de la capacité physique liée à une partie du corps : *F3L210 : « Eh bien, si on a un problème physique ! C'est ce que je disais tout à l'heure avec mon genou »*

6.3 Le manque de motivation pour les activités physiques

Une contrainte trop importante n'inciterait pas à suivre cette prescription.

F1L155 : « Oui, il ne faudrait pas quelque chose de trop contraignant ! Oui, il faut que ça corresponde... moi la course à pied, ça me rase par exemple »

6.4 Prendre sa voiture, la distance à parcourir

Pour certain patient, le fait de se rendre à un endroit pour faire de l'activité physique est un frein.

- Notamment le fait de devoir prendre sa voiture pour s'y rendre : *F1L168 : « Oui, je pourrais, mais ça m'embête parce qu'il faudrait prendre la voiture... »*
- Ou encore la distance à parcourir : *F3L166 : : « La distance aussi c'est un frein »*

6.5 La météo

Des mauvaises conditions climatiques.

F3L166 : « Si c'est l'hiver et qu'il faut rentrer et que la route est verglacée, il faut faire attention à l'horaire aussi »

6.6 Le manque de temps, le travail

Les difficultés à se libérer du temps libre, notamment pour les travailleurs.

F1L182 : « Quand on travaille, des activités on ne peut pas trop en faire »

6.7 La sécurité

Le manque de sécurité pour la pratique de l'activité physique en étant seul (course à pied...).

F3L232 : : « Oui, et par sécurité aussi. Oui je ne vais plus marcher toute seule, ou alors avec mon chien quoi »,

« Oui, il y a le problème de sécurité maintenant »

6.8 La pratique de l'activité physique seul

Les difficultés à se motiver à pratiquer une activité physique si on est seul.

F2L49 : « Mais toute seule, ce n'est pas... pas terrible »

F2L60 : « Ah ben c'est sûr que la motivation, c'est quelque chose de nécessaire. Si vous êtes tout seul, c'est sûr que la motivation n'est pas la même. Tandis que à deux déjà, si y il a un qui ne veut pas, l'autre il dit allez hop, on y va »

6.9 L'individu complexé

La personne qui ne veut pas se mettre en maillot de bain en public.

F2L144 : « Moi j'en connais certains, ils n'iront jamais se mettre en maillot de bain à la piscine, ça dépend des gens ça »

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

1.1 Forces de l'étude

1.1.1 Originalité du thème

Plusieurs travaux ont été réalisés sur la promotion et la prescription de l'activité physique par le médecin généraliste. Dans ces études, c'est l'opinion du médecin, notamment sur les freins et les obstacles à l'observance de cette prescription qui est recueillie. A notre connaissance, aucune étude n'a recueilli l'opinion du patient par méthode qualitative. C'est ce qui en fait l'originalité.

1.1.2 Choix de la méthodologie.

La méthode utilisée pour cette étude semble adaptée puisque la méthode qualitative par focus group permet d'identifier les attentes, les besoins et de trouver les solutions adéquates (...) à un problème spécifique, permettant aussi de trouver des pistes pour améliorer la qualité des soins (16).

1.2 Limites de l'étude

1.2.1 Limites dans le recrutement

- Recrutement

Le recrutement des patients a été difficile. Le recrutement téléphonique était chronophage et il y a eu de nombreux refus de participation (71%).

- Echantillon d'étude

Biais de sélection concernant l'âge

La moyenne d'âge des patients recrutés est de 67.8 ans et la totalité des personnes recrutées est à la retraite. Il n'y a pas de travailleur actif. Ce biais de recrutement s'explique par l'utilisation d'une liste de patient en ALD et par les difficultés à se libérer pour les personnes en activité.

Cet âge et cette population correspondent à une partie de la population concernée par le décret. En effet, l'âge moyen des patients en ALD en 2015 est de 62 ans (18), soit l'âge minimum pour le départ à la retraite en 2017. On peut donc imaginer que le décret s'applique pour majorité aux personnes retraitées. Cependant, une partie de la population des patients en ALD est une population de travailleurs actifs et l'échantillon étudié n'en est donc pas représentatif.

Biais de sélection concernant le milieu rural

Il faut également souligner que l'échantillon étudié appartient à une population de patients du milieu rural. De ce fait, certaines réponses sont certainement orientées, notamment sur les facteurs limitants (la nécessité de prendre sa voiture).

Biais de sélection concernant l'ALD

La recherche multi critères ne semblait pas comptabiliser l'ensemble des patients de la maison médicale ayant consulté en 2016 suivi pour une pathologie ALD. En effet, la recherche multi critères ne prend en compte que les patients pour lesquels le médecin a coché la case « ALD » dans le logiciel de dossier médical.

Le recrutement ne retrouve pas une totalité de personne suivies pour une ALD. En effet, dans l'échantillon, une personne a répondu qu'elle n'était pas en ALD. On peut s'interroger sur cette réponse (bonne compréhension du questionnaire, non renouvellement de l'ALD, erreur dans la liste des patients générée par le logiciel médical).

1.2.2 Limites concernant le déroulement des séances

Comme souligné dans la partie résultats, certains participants ne se sont pas présentés le jour des séances de focus group. Ce qui, pour le focus group N°4 a entraîné une difficulté à obtenir une dynamique de groupe. A la retranscription et l'analyse, les verbatims se sont tout de même avérés riches.

Il existe des biais d'investigations. En effet, l'étudiante réalisant les focus groups n'était pas expérimentée aux techniques de réalisation des séances. Ce biais a été limité par de nombreuses recherches personnelles pour se former à cette technique.

Malgré cela, on ne peut exclure les avis des leaders d'opinion. Ils se sont, entre autres, exprimés au sujet de la prise en charge financière des activités physiques. Leurs opinions étaient très présentes, les débats très animés à ce sujet. Une attention particulière a donc été portée lors de ces débats afin de donner la parole à ceux qui avaient des avis opposés.

Comme décrit dans la partie méthodologie, la trame d'entretien a été modifiée après la réalisation du premier focus group. Cet ajustement semblait nécessaire pour permettre une bonne compréhension. La trame d'entretien finale était volontairement ouverte, de nombreuses questions de relance étaient annotées afin de relancer le débat et de recueillir le plus d'opinions possibles. Seule la question concernant le rôle du médecin généraliste était fermée et permettait de recentrer le sujet et de faire le lien entre activité physique et le médecin généraliste. Les opinions des patients étaient souvent reformulées afin de vérifier la bonne compréhension

1.2.3 Limites dans l'analyse qualitative

Il existe des biais d'interprétation. L'analyse du contenu a été réalisée par l'étudiante elle-même. Une deuxième analyse indépendante aurait été souhaitable afin de limiter ce biais d'interprétation.

2. Principaux résultats

2.1 Opinions du patient sur la promotion et la prescription de l'activité physique

2.1.1 La promotion de l'activité physique est le rôle du médecin généraliste

Dans notre étude, le patient estime que la promotion de l'activité physique revient au médecin généraliste puisque cela concerne la santé, et qu'elle appartient à son rôle de prévention.

Dans une étude européenne (19), deux tiers des patients aimeraient recevoir un soutien de leur médecin généraliste concernant le changement de mode de vie, comprenant les habitudes alimentaires, l'activité physique et le poids.

L'idée des patients sur le rôle du médecin généraliste correspond à celle des médecins. Dans une enquête réalisée en 2014 – 2015 dans les pays de la Loire, 97 % des médecins généralistes interrogés estiment avoir pour rôle d'encourager les patients à augmenter leur niveau d'activité physique (20). Les médecins généralistes pensent assumer leur rôle en matière de promotion de l'activité physique. Pourtant, seulement, la moitié des patients déclarent que leur médecin généraliste a déjà initié une discussion à ce sujet (19).

Une majorité des patients connaissent les recommandations en matière d'activité physique quotidienne (environ deux-tiers des adultes (21)). Mais les patients regrettent de ne pas connaître les bénéfices de cette activité physique. Ils savent qu'ils doivent en faire, mais ne savent pas pourquoi. Le patient attend du médecin qu'il lui explique les bénéfices pour sa santé.

Même si une partie des connaissances sur l'activité physique provient des médias, le patient trouve que cela a plus d'impact si cette promotion vient du médecin.

2.1.2 Avis des patients sur la prescription d'activité physique par le médecin généraliste

Une partie des patients est favorable à cette prescription car l'activité physique est nécessaire pour rester en bonne santé. L'idée que le médecin prescrive cette activité physique « forcerait un peu plus » la pratique. Ils sont prêts à suivre cette prescription si c'est nécessaire pour maintenir leur état de santé.

On retrouve cet avis favorable auprès des patients dans la littérature. Dans une thèse réalisée en 2013, la majorité des patients porteurs d'au moins un facteur de risque cardio-vasculaire, accepte la proposition de prescription d'activité physique par leur médecin généraliste (22).

Les avis défavorables se regroupent autour de la contrainte que cela impose. D'ailleurs, certains sont d'accord, à condition que cette prescription ne soit pas « trop contraignante ».

Les discussions autour de la prescription ont fait émerger de nombreuses idées, provenant des patients eux-mêmes, concernant les caractéristiques et la forme que devrait avoir cette prescription.

2.1.3 Caractéristiques de la prescription attendues par le patient :

La prescription d'activité physique doit donc répondre à trois caractéristiques.

- Elle doit être adaptée à leur problème de santé, à leur capacité physique

Les patients ont envie de savoir ce qu'ils ont le droit de faire selon leur propre pathologie. Ils craignent de se mettre en danger en faisant de l'activité physique et ont besoin d'être accompagnés. Cette idée coïncide avec les données retrouvées : un des freins à la pratique d'activité physique retrouvé chez les patients souffrant de maladies cardio-vasculaires et de diabète concerne « la peur de se faire mal » (23). Les patients ont la crainte de souffrir ou d'aggraver leur pathologie en pratiquant une activité physique non adaptée.

Dans une thèse réalisée en 2013, les facteurs limitants la pratique d'une activité physique chez les patients porteurs de facteurs de risques cardio-vasculaires (24) sont la dyspnée d'effort, le poids trop élevé et les douleurs musculaires et articulaires. Ces freins se placent avant la manque de motivation du patient.

- Elle doit être adaptées aux compétences individuelles du patient.

Elle doit tenir compte du fait que le patient sache faire du vélo, ou sache nager par exemple. A Strasbourg, une initiative « école du vélo » a dû être mise en place car les éducateurs sportifs se sont aperçus que la plupart des participants au dispositif « sport-santé sur ordonnance » ne savaient pas faire de vélo (25).

- Elle doit être accompagnée d'explications

Connaitre le but à atteindre permet au patient d'avoir une motivation. Ces explications peuvent notamment concerner les bénéfices qu'ils peuvent attendre par rapport à leur propre pathologie, la possibilité de prendre moins de médicaments, ou l'amélioration du bilan biologique. Ils attendent que le médecin leur explique ces bénéfices. L'amélioration de la santé est une source de motivation à la réalisation de l'activité physique régulière.

Dans la littérature, il s'agit de la motivation principale pour les patients diabétiques et les patients ayant une pathologie cardio-vasculaire, en ce qui concerne l'amélioration de la maladie et la promotion de la santé au sens large (23).

2.1.4 Formes de prescription d'activité physique attendues

Concernant la forme que doit prendre cette prescription, quatre concepts se sont imposés.

- Le conseil oral

Le patient souhaite un échange avec son médecin traitant, au cours de la consultation, de manière répétée lors du suivi.

Dans l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes des pays de Loire, un praticien sur deux estime qu'une « consultation de prévention dédiée, avec une rémunération spécifique et adaptée » lui permettrait d'améliorer sa pratique en matière de promotion de l'activité physique (20). Il faut noter que le patient ne juge pas pertinent que ce soit une consultation dédiée entièrement à cette prescription, il estime que cela serait « du temps perdu ».

- Le coach sportif :

Son rôle serait d'encadrer le patient afin que le patient sache ce qu'il doit et peut faire selon sa propre pathologie. Les patients sont demandeurs de quelqu'un qui les guide et fasse « avec eux ».

Ceci corrobore l'étude réalisée en 2006 à Barcelone (15) sur la promotion de l'activité physique. Le patient souhaite savoir où il peut aller et où il peut trouver des professionnels « correctement » formés, qui peuvent lui indiquer exactement quel type d'exercice il peut faire.

- Un groupe collectif :

L'idée de plusieurs personnes regroupées autour de la même pathologie est une motivation à la pratique d'activité physique pour certains participants de notre étude.

Une enquête réalisée en France en 2008 montrait l'importance des associations de patients. Le but était d'examiner les motivations perçues pour la réalisation d'une activité physique régulière chez des patients diabétiques de type 2. L'ensemble de la partie féminine des participants soulignent l'importance du « soutien émotionnel obtenu lors des réunions de groupe et le plaisir de faire quelque chose ensemble » (26).

A noter que dans notre étude, si certains sont enthousiastes à cette idée, d'autres sont réfractaires.

- Une brochure d'information :

Citée lors des focus groups, cette idée avait déjà été évoquée par les médecins. En effet, 68% des médecins généralistes des pays de Loire interrogés considèrent que la mise à disposition d'une brochure d'information est efficace pour améliorer le comportement de leurs patients en matière d'activité physique (20).

2.1.5 Ressenti concernant la prescription sur ordonnance

Lors des discussions autour de la forme que peut prendre la prescription de l'activité physique, aucun patient ne parle de la prescription sur ordonnance. Le sujet n'est jamais apparu spontanément dans les focus groups.

Lorsque les ressentis sont demandés concernant cette idée, les avis restent partagés. Certains prennent cela comme « un petit plus », une sorte de mémo ou parce que « cela devient sérieux » si c'est inscrit sur l'ordonnance.

D'autres ne sont pas favorables car cela n'a pas « plus de force » que le conseil oral. A noter qu'un patient avait déjà eu cette prescription sur son ordonnance et avouait « ne pas en faire plus » depuis.

2.2 Facteurs limitants la pratique de l'activité physique

2.2.1 La prise en charge financière :

Les avis sont partagés sur la prise en charge financière des activités physiques.

Une partie de personnes interrogées pensent que cela pourrait permettre de pratiquer plus d'activité physique, notamment celles qui restent chères comme la piscine ou la salle de sport.

Cette idée coïncide avec l'étude IFOP (Institut Français d'Opinion Publique) réalisée en septembre 2015 (27) sur l'avis des Français concernant la santé et la prévention. Cette étude retrouve que 60 % des personnes interrogées pensent que la prise en charge par la Sécurité Sociale des activités physiques, lorsqu'elles sont prescrites par un médecin, serait efficace en matière de prévention.

D'ailleurs, toujours d'après cette étude, près de la moitié des Français a dû réduire ses dépenses en matière d'activité physique (48 %) après la crise économique de 2008, révélant une influence économique sur la pratique d'activité physique des Français.

L'évaluation sociale du modèle Strasbourgeois retrouve la gratuité de la pratique de l'activité physique comme facteur favorisant l'engagement des patients. Une majorité des bénéficiaires de ce dispositif insistent sur le caractère « déterminant » de la gratuité de l'accès aux pratiques sportives dans le cadre de ce dispositif (28).

Une partie des opinions recueillies n'est pas favorable à une prise en charge financière. Ces avis défavorables se regroupent autour de l'idée du coût global que cela engendrerait pour la caisse de la Sécurité Sociale. Ils soulignent le fait que certaines activités physiques sans coût surajouté sont possibles, comme la marche ou la course à pied.

Le coût de cette prise en charge financière doit cependant être mis en rapport avec le coût de l'inactivité physique. En 2016, The Lancet publie une étude sur « le fardeau économique de l'inactivité physique » (29) estimant les coûts liés à l'inactivité physique dans 142 pays. Ces coûts comprennent les soins de santé, les pertes de productivité et les années de vie ajustées sur l'incapacité attribuables à l'inactivité physique. L'inactivité physique a coûté 67.5 milliards de dollars à l'échelle mondiale dans le monde en 2013 (53,8 milliards de dollars de dépenses de santé et 13,7 milliards de dollars de perte de productivité).

L'idée d'une prise en charge partielle a émergée et pourrait être une piste à explorer. C'est d'ailleurs ce qui est mis en place dans certaines régions comme le projet « sport sur ordonnance » dans le département du Cantal, où une participation de 10 euros par an est demandée au bénéficiaire (une subvention de l'ARS finance le reste du projet) (30).

Le frein financier est le premier facteur limitant à la pratique de l'activité physique énoncé et cité dans chaque focus group, à l'origine de débats animés. Ce facteur limitant est un frein modifiable. Une prise en charge financière de la pratique des activités physiques pourrait lever tout ou partie de ce facteur limitant.

2.2.2 Le manque de motivation pour les activités physiques

Ce facteur limitant est retrouvé dans de nombreuses littératures. Il est le facteur limitant à la pratique de l'activité physique principal retrouvé dans une population d'adultes obèses (31). Le manque de motivation se rapproche du frein « manque de goût pour les activités physiques » exprimé par 14.7% des patients porteurs de risques cardio-vasculaires (24). Dans une étude australienne réalisée en 2015 (32), un des principaux obstacles à la réalisation d'une activité physique chez des personnes déclarées inactives est le « manque de plaisir » pour 43.9%.

Des techniques d'entretiens motivationnels peuvent être envisagées afin de provoquer un changement de comportement et des habitudes de vies. Il faut qu'une évaluation de la motivation du patient soit faite, afin d'adapter les conseils et les objectifs. Ces techniques prennent du temps et le médecin généraliste doit y être formé, mais l'efficacité est reconnue pour le changement de comportement et elles ont donc à tout à fait leur place pour agir sur ce facteur limitant.

2.2.3 Diminution de la capacité physique

Les patients citent leur diminution de capacité physique liée à leur pathologie comme facteur limitant. C'est pour cela qu'ils attendent une prescription adaptée à leur pathologie et à leur état de santé.

Ce facteur limitant est pris en compte dans le décret concernant les modalités de prescription de l'activité physique. Le médecin doit prendre en compte la sévérité de la pathologie, les capacités fonctionnelles et le risque médical du patient. Pour cela, il peut s'appuyer sur le tableau des critères de limitations fonctionnelles des patients atteint d'une ALD (annexe 2). Ce tableau permet de situer les limitations des fonctions locomotrices, cérébrales et sensorielles du patient, permettant ensuite de l'adresser vers le professionnel adapté.

La réalisation d'une prescription adaptée, individuelle est un point essentiel. C'est une attente précise des patients, pouvant favoriser leur adhésion à la pratique de l'activité physique. Au contraire, réaliser une prescription standardisée et non individuelle, aboutirait à un échec.

2.2.4 L'individu complexé

Les complexes peuvent être un facteur limitant à la pratique de l'activité physique pour certains patients. On retrouve ce frein dans l'étude concernant les patients obèses (31). Pour certains, le fait de pratiquer une activité physique en groupe était difficile. Face à cette « peur du regard de

l'autre », il était proposé des « créneaux horaires » réservés aux personnes obèses. Malgré une certaine stigmatisation, cela peut s'avérer être plus facile pour certains.

2.2.5 Prendre sa voiture, la distance

C'est un facteur limitant à prendre en compte selon le patient et sa situation géographique. L'éloignement est considéré comme un frein chez 4% des patients porteurs de facteurs de risque cardio-vasculaires (24).

Il faudrait envisager une activité physique que le patient puisse faire à son domicile, ou repérer des structures qui lui sont proches. Autrement, il faudrait imaginer des systèmes de navettes qui viennent chercher le patient.

2.2.6 Pratiquer de l'activité physique seul

Contre ce facteur limitant, l'idée du coach sportif ou des groupes collectifs peut être une solution et rejoint les résultats de l'étude concernant les réseaux de patients, insistant sur l'effet favorable des cours collectifs (26).

2.2.7 Le manque de temps, les conditions météorologiques et la sécurité

Le manque de temps et les conditions météorologiques sont retrouvés dans d'autres études. Ils sont exprimés par les patients interrogés porteurs de risque cardio-vasculaire (24). Le manque de temps représente un frein pour 26.7%, les conditions météorologiques pour 20% des interrogés.

La sécurité est un frein qui n'est pas retrouvé dans la littérature. Il s'agissait dans cette étude du manque de sécurité que les patients pouvaient ressentir lors d'activité physique pratiquée seul, notamment dans les milieux ruraux. Ce frein apparaît dans un focus group réalisé au moment où l'actualité est marquée par la disparition d'une joggeuse. Il semble que l'actualité soit à l'origine de ce facteur limitant.

Contrairement aux autres facteurs limitants, ces trois facteurs limitants ne sont pas modifiables. Il n'existe pas d'intervention permettant la levée de ces freins.

2.3 Représentation de l'activité physique par le patient, différente de celle du médecin

Les dernières recommandations du Programme National Nutrition Santé (PNNS) de février 2016 décrivent les caractéristiques des activités physiques développant une aptitude cardio-respiratoire de manière précise :

- Trente minutes ou plus d'activité physique par jour, avec des périodes de 10 minutes minimums d'intervalle
- Au moins 5 jours par semaines
- D'intensité modérée ou élevée.

L'intensité modérée correspond à un essoufflement modéré, une transpiration modérée, un score de pénibilité de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) de 5 à 6 sur 10 et 55 à 70%

de fréquence cardiaque maximale (FC max). L'intensité élevée correspond à un essoufflement marqué (une conversation impossible), une transpiration abondante, un score de pénibilité de 7 à 8 sur 10 et une FC max entre 70 et 90%.

Par exemple, pour la marche il convient de réaliser 7100 à 1100 pas par jour, à une allure de 100 pas par minutes.

Le niveau d'activité physique à pratiquer pour obtenir un effet favorable à la santé est donc bien définie. Ainsi parmi les Français âgés de 15 à 75 ans ayant participé à l'enquête du Baromètre santé nutrition 2008, 43% atteignent un niveau d'activité physique favorable à la santé, correspondant au niveau d'activité physique élevé défini par le questionnaire GPAQ (Global Physical Activity Questionnaire) (33).

Concernant la population de notre échantillon, la déclaration d'activité physique est beaucoup plus élevée (73% évaluent faire 30min/jour 2 à 3 fois par jour ou plus souvent). Ces chiffres coïncident avec les habitudes de vie européennes déclarées (71% de la population évalue faire de l'activité à ce rythme) (19).

Pourtant, les réponses des patients concernant la place quotidienne qu'occupe l'activité physique montrent que le terme d'activité physique représente et englobe les activités sportives, les tâches quotidiennes et les séances de kinésithérapie. Lorsque l'on demande au patient la place que cela prend dans sa vie quotidienne, il répond sans distinction entre ces trois catégories d'activité physique.

On retrouve donc un écart important entre l'activité physique qu'estime faire le patient et l'activité physique reconnue favorable pour la santé.

Ceci nous indique qu'une simple question sur la place de l'activité physique quotidienne ne suffit pas pour évaluer le niveau d'activité physique réellement pratiqué les patients. L'activité physique que le patient déclare n'est pas celle qui est recommandée pour le bénéfice sur la santé mais correspond à sa représentation de l'activité physique. L'interrogatoire simple ne suffit pas pour apprécier le niveau d'activité physique des patients.

Des outils spécifiques doivent être utilisés dans le cabinet du médecin afin de l'évaluer. De nombreux questionnaires existent déjà. Une revue de la littérature (34) conclut que la plupart des questionnaires identifiés sont utilisés en recherche ou dans le cadre d'une enquête. Aucun n'est adapté à la pratique de la médecine générale.

En Indre et Loire, 85% des médecins généralistes interrogés n'utilisent pas d'outils de diagnostic afin de quantifier l'activité physique et sportive de leur patient (35).

Il semble donc nécessaire qu'un outil d'évaluation du niveau d'activité physique des patients adapté et utilisable en médecine générale soit mis en place. Cet outil permettrait d'évaluer le niveau d'activité physique apportant un bénéfice pour la santé de chaque patient, et ainsi dépister les patients sédentaires. D'ailleurs la majorité de médecins expriment un besoin en matière d'outils d'évaluation du niveau d'activité physique (20).

3 Schéma récapitulatif des principaux résultats

PROMOTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE

EVALUATION DU NIVEAU D'ACTIVITE PHYSIQUE

= OUTILS

PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE

INDIVIDUELLE

LE FOND = 3 caractéristiques:

- adaptée à la pathologie/capacité physique
- adaptée aux compétences individuelles
- avec des explications = objectifs

LA FORME :

- conseil oral
- coach sportif
- groupe collectif
- brochure d'information

*Amélioration de la santé
Moins de prise de
médicaments
Amélioration de la biologie*

FACTEURS LIMITANTS = OBSTACLES A L'OBSERVANCE

Facteurs limitants - intervention possible

- 1. La prise en charge financière**
- 2. Le manque de motivation pour les activités physiques**
- 3. Diminution de la capacité physique**
- 4. Prendre sa voiture, la distance**
- 5. Pratiquer de l'activité physique seul**

Facteurs limitants - pas d'intervention possible

- 1. Le manque de temps**
- 2. les conditions météorologiques**
- 3. la sécurité**

CONCLUSION

Nous avons étudié les opinions des patients sur la promotion et la prescription de l'activité physique réalisées par le médecin généraliste.

Les patients estiment que la promotion de l'activité physique relève du rôle de leur médecin généraliste. Elle appartient à son devoir de prévention.

La représentation de l'activité physique du patient est différente de l'activité physique qui est recommandée pour le bénéfice de la santé. Des outils d'évaluation, utilisables en consultation, semblent indispensables pour apprécier le niveau d'activité physique des patients.

Concernant la prescription médicale de l'activité physique, les avis sont partagés. Une partie des personnes interrogées est favorable pour améliorer leur niveau d'activité physique et pour maintenir leur état de santé. Ceux qui ne sont pas favorables se regroupent autour de la contrainte que cela leur impose de suivre une telle prescription.

A propos de cette prescription d'activité physique, les attentes des patients sont précises. Ils souhaitent une prescription individuelle et attendent qu'elle soit :

- Adaptée à leur pathologie/capacité physique
- Adaptée à leurs compétences individuelles
- Qu'elle soit accompagnée d'explications afin d'en comprendre les objectifs.

Les formes de prescription attendues sont le conseil oral, l'orientation vers un coach sportif ou vers un groupe collectif, ainsi que la mise en place de brochure d'information. La prescription sur ordonnance n'est pas spontanément attendue. Les patients ne sont pas demandeurs d'une consultation entièrement dédiée à cette prescription.

Certains facteurs limitants à suivre cette prescription semblent modifiables : la prise en charge financière, le manque de motivation pour les activités physiques, la diminution de la capacité physique, le fait de devoir prendre sa voiture, la distance ou encore la pratique de l'activité physique seul. Des interventions sur ces facteurs limitants sont possibles afin d'en limiter les effets.

La prise en charge financière est évoquée en premier parmi ces facteurs limitants. La mise en place de moyens économiques semble être une piste pour améliorer l'observance de cette prescription. Une étude quantitative serait intéressante à mener pour établir un lien entre prise en charge financière et augmentation de la pratique de l'activité physique. L'évaluation du coût global serait également nécessaire, et à mettre en relation avec le coût de l'inactivité physique.

Ne pas prendre en compte la diminution de la capacité physique est un facteur limitant. Les patients souhaitent une prescription individuelle. Le décret encadrant cette prescription d'activité physique prend en compte les limitations fonctionnelles des patients. Cependant, la mise en pratique de l'évaluation de ces limitations doit être évaluée. Des outils, utilisables au cours de la consultation, sont peut-être nécessaires pour la pratique quotidienne.

BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
2. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. 2016-1990 déc 30, 2016.
3. Ministère des Affaires Sociales, Ministère de l'éducation Nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports. Guide permettant la mise en oeuvre du dispositif concernant la dispensation de l'activité physique adaptée. 2017.
4. Assurance maladie. Personnes en ALD en 2015 : Effectif, prévalence, caractéristiques d'âge et de sexe, taux de décès - Données de prévalence. 2017 déc.
5. Expertise collective. Activité physique : contextes et effets sur la santé. INSERM. 2008.
6. Avis de l'ANSES, rapport d'expertise collective. Actualisation des repères du PNNS - révision des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Edition scientifique. 2016.
7. HAS. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. 2011 avr.
8. A. Weber, F. Herzog, J. Lecocq, A. Feltz, A. Pradignac. "Sport-Santé sur ordonnance ». Évaluation du dispositif strasbourgeois. Nutr Clin Métabolisme. Volume 28(numéro S1):pages 97-98.
9. Damiano C. Impact du dispositif " Sport sur ordonnance " - Saint-Paul à la Réunion sur les paramètres biologiques associés au risque cardio-vasculaire : étude de cohorte historique chez les participants au dispositif pendant l'année 2014/2015 [Thèse Med]. [Bordeaux]; 2017.
10. Kallings LV, Leijon M, Hellénus M-L, Ståhle A. Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life: Physical activity on prescription. Scand J Med Sci Sports. 6 juin 2007;18(2):154-61.
11. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. Bmj. 2003;326(7393):793.
12. Kallings LV, Leijon ME, Kowalski J, Hellénus M-L, Stahle A. Self-reported adherence: a method for evaluating prescribed physical activity in primary health care patients. J Phys Act Health. 2009;6(4):483.
13. Reinert-Giraud C. Étude qualitative auprès de neuf médecins chambériens de l'expérimentation « Bouger sur prescription » [Thèse Med]. [Lyon Est]; 2014.

14. Lacaille Jauvis M. Opinions et pratiques des médecins généralistes concernant la promotion de l'activité physique et sa prescription sur ordonnance. [Thèse Med]. [Tours]; 2015.
15. Ribera AP, McKenna J, Riddoch C. Physical activity promotion in general practices of Barcelona: a case study. *Health Educ Res.* août 2006;21(4):538-48.
16. Dr PIA. La recherche qualitative : la méthode des focus groupes. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. Département de Santé Publique, CHU de Nice;
17. Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L, et al. Méthode de recherche : S'appropriier la méthode du focus group. 2004;Tome 18(645):382-4.
18. Prévalence des ALD en 2015. L'assurance maladie, statistiques et publications. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/1-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2015.php>
19. Brotons C, Drenthen AJM, Durrer D, Moral I. Beliefs and attitudes to lifestyle, nutrition and physical activity: the views of patients in Europe. *Fam Pract.* 1 avr 2012;29(suppl_1):i49-55.
20. URML des Pays de la Loire. Promotion et prescription de l'activité physique : attitudes et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. 2016 mai.
21. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). Baromètre santé environnement 2007. Saint-Denis: Éd. INPES; 2008.
22. Dorange A. Evaluation qualitative de la prescription de l'activité physique régulière en soins primaires aux patients présentant au moins un facteur de risque cardio-vasculaire [Thèse Méd]. [Créteil]; 2013.
23. Favrod-Coune T, Delgado H, Sereni S, Jacquemet S, Golay A. Facteurs motivant ou décourageant à pratiquer de l'activité physique chez des patients souffrant de maladies cardio-vasculaires et de diabète. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ.* déc 2009;1(2):S119-25.
24. Rolland M. L'observance de la prescription d'activité physique en médecine générale : étude descriptive prospective chez des patients porteurs de facteurs de risque cardio-vasculaires. [Thèse Med]. [Bordeaux]; 2015.
25. Ebstein Breton. Sport-santé sur ordonnance à Strasbourg. Les rencontres de Santé publique France. 2017 mai 31.
26. Ferrand C, Perrin C, Nasarre S. Motives for regular physical activity in women and men: a qualitative study in French adults with type 2 diabetes, belonging to a patients' association. *Health Soc Care Community.* 1 sept 2008;16(5):511-20.
27. Ifop pour la Fondation Pileje. Santé, prévention, qui doit payer? L'avis des Français. 2015 sept. Disponible sur: http://www.ifop.com/media/poll/3155-1-study_file.pdf

28. Gasparini W, Knobé S. Sport sur ordonnance: l'expérience strasbourgeoise sous l'œil des sociologues. *Inf Soc.* 2015;(1):47–53.
29. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, Mechelen W van, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet.* 24 sept 2016;388(10051):1311-24.
30. Birgot J, Larras B, Praznocy C. Sport Santé sur ordonnance - contexte et exemples de mise en oeuvre. ONAPS; 2017 oct.
31. Gallissot-Pierrot E. Pratique d'une activité physique et ses facteurs limitants dans une population d'adultes obèses : diminution des affects dépressifs et possibilités d'action par le médecin généraliste. [Thèse Med]. [Nancy]; 2013.
32. Hoare E, Stavreski B, Jennings G, Kingwell B. Exploring Motivation and Barriers to Physical Activity among Active and Inactive Australian Adults. *Sports.* 28 juin 2017;5(4):47.
33. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Perrin-Escalon H, Bossard C, Beck F, Bachelot-Narquin R. Baromètre santé nutrition 2008. Saint-Denis: Éditions Inpes; 2009.
34. Vuillemin A, Speyer E, Simon C, Ainsworth B, Paineau D. Revue critique des questionnaires d'activité physique administrés en population française et perspectives de développement. *Cah Nutr Diététique.* 1 nov 2012;47(5):234-41.
35. Lesage C. Facteurs de résistance à la prescription d'activité physique sur ordonnance : enquête auprès des médecins généralistes d'Indre-et-Loire [Thèse Med]. [Tours]; 2016.

ANNEXE 1 : Formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins traitants

ANNEXE 1 : Formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins traitants

Tampon du Médecin

DATE :

Nom du patient :

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée

Pendant, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisation d'activité et recommandations

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique¹), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire²:

.....

Document remis au patient

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Lieu date signature cachet professionnel

¹ Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD

² Concerné les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EAS/DGESIP/DG/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée)

ANNEXE 2 : Phénotypes fonctionnels des patients atteints d'une ALD.

TABLEAU DES PHENOTYPES FONCTIONNELS					
Fonctions		Aucune limitation	Limitation minime	Limitation modérée	Limitation sévère
Fonctions locomotrices	Fonction musculaire neuro	Normale	Altération minime de la motricité et du tonus	Altération de la motricité et du tonus lors de mouvements simples	Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Fonction articulaire ostéo	Normale	Altération au max de 3/5 d'amplitude, sur une ou plusieurs articulations sans altération des mouvements complexes	Altération à plus de 3/5 d'amplitude sur plusieurs articulations avec altération de mouvements simples	Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Endurance à l'effort	Pas ou peu de fatigue	Fatigue rapide après une activité physique intense	Fatigue rapide après une activité physique modérée	Fatigue invalidante dès le moindre mouvement
	Force	Force normale	Baisse de force, mais peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires	Ne peut vaincre la résistance pour un groupe musculaire	Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires
	Marche	Distance théorique normale couverte en 6mn = $218 + (5,14 \times \text{taille en cm}) - (5,32 \times \text{âge en années}) - (1,80 \times \text{poids en kg}) + (51,31 \times \text{sexe})$, avec sexe=0 pour les femmes, sexe=1 pour les hommes.	Valeurs comprises entre la distance théorique et la limite inférieure de la normale (82% de la distance théorique)	Valeurs inférieures à la limite inférieure de la normale	Distance parcourue inférieure à 150 m.
Fonctions cérébrales	Fonctions cognitives	Bonne stratégie, vitesse normale, bon résultat	Bonne stratégie, lenteur, adaptation possible, bon résultat	Mauvaise stratégie de base, adaptation, résultat satisfaisant ou inversement bonne stratégie de base qui n'aboutit pas	Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec
	Fonctions langagières	Aucune altération de la compréhension ou de l'expression	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en groupe	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en individuel	Empêche toute compréhension ou expression
	Anxiété/Dépression	Ne présente aucun critère d'anxiété et/ou de dépression	Arrive à gérer les manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Se laisse déborder par certaines manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression
Fonctions sensorielles + douleur	Capacité visuelle	Vision des petits détails à proche ou longue distance	Vision perturbant la lecture et l'écriture mais circulation dans l'environnement non perturbée	Vision ne permettant pas la lecture et l'écriture / circulation possible dans un environnement non familial	Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familial
	Capacité sensitive	Stimulations sensibles perçues et localisées	Stimulations sensibles perçues mais mal localisées	Stimulations sensibles perçues mais non localisées	Stimulations sensibles non perçues, non localisées.
	Capacité auditive	Pas de perte auditive.	La personne fait répéter.	Surdité moyenne. La personne comprend si l'interlocuteur élève la voix	Surdité profonde
	Capacités proprioceptives	Equilibre respecté	Déséquilibre avec rééquilibrages rapides	Déséquilibres mal compensés avec rééquilibrages difficiles	Déséquilibres sans rééquilibrage Chutes fréquentes lors des activités au quotidien
	Douleur	Absence de douleur en dehors d'activités physiques intenses	Douleur à l'activité physique/ Indolence à l'arrêt de l'activité	Douleur à l'activité physique et qui se poursuit à distance de l'activité	Douleur constante avec ou sans activité

ANNEXE 3 : Trame d'entretien

TRAME ENTRETIEN

- ✓ *Présentation*
- ✓ *Remerciements*
- ✓ *Explications thèse, focus group, le but*
 - *Attentes du patient,*
 - *Focus group = groupe de discussion,*
 - *Obtenir un avis personnel,*
 - *Nouvelles idées en discutant,*
 - *Plusieurs dynamiques.*
 - *But = pistes pour améliorer les soins*
- ✓ *Accord enregistrement, anonyme*
- ✓ *Questionnaire à remplir, et lettre d'information avec mon numéro*

Pour commencer, tour de table

Est-ce que votre médecin généraliste vous à déjà parlé d'activité physique ?

- **Dans quelle situation ?**
- **Vous a-t-il expliqué les bénéfices pour votre pathologie ?**

3) Quel est la place de l'activité physique dans votre vie quotidienne ?

4) Que pensez-vous lorsque le médecin généraliste vous parle d'activité physique ?

- **Pensez-vous que cela soit son rôle ?**
- **Pourquoi ?**

4) comment prendriez-vous cela si votre médecin était amené à vous prescrire de l'activité physique ?

- **Quel était votre ressenti face à cette prescription d'activité physique ?**
- **Comment prendriez-vous cela si votre médecin était amené à vous prescrire de l'activité physique ?**

Je réalise cette thèse car depuis le 1^{er} mars 2017, le médecin traitant peut prescrire une activité physique ...

5) Est-ce que vous avez des idées sur la forme que doit prendre cette prescription, pour vous permettre de suivre les recommandations ?

Comment pouvons-nous vous aidez à suivre ces recommandations ?

- **Une prescription sur l'ordonnance,**
- **Un conseil oral,**
- **Une brochure de conseils,**
- **Un coach sportif,**
- **Une consultation entièrement dédiée a cette prescription**

6) Quels sont les difficultés et obstacles que vous pouvez rencontrer à suivre cette prescription ?

- **Remboursement ? frein ?**

7) Et pour finir, avez-vous des choses à ajouter sur tout ce que nous venons de dire ?

ANNEXE 4 : Questionnaire

Age :

Sexe :

- Femme
- Homme

Êtes-vous fumeur ?

- Oui
- Non

Quelle est votre profession ?

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités (de quelle profession : _____)
- Autres personnes sans activité professionnelle

Consultation chez votre médecin traitant dans les 12 derniers mois :

- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 fois et plus

Je fais de l'exercice physique (30 minutes par jour)

- Jamais
- Au moins 2 fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine

Votre médecin généraliste a-t-il abordé avec vous la pratique d'une activité physique :

- Non, jamais
- Je ne sais pas
- Oui dans les 12 derniers mois
- Oui mais il y a plus de 12 mois
- Oui mais je ne sais plus quand

Pour quelle maladie votre médecin généraliste vous suit-il ?

- Hypertension artérielle
- Diabète
- Cholestérol
- Problème cardiaque
- Autres :

Êtes-vous pris en charge à 100% (S'agit-il d'une affection longue durée ?) :

- Oui
- Non

Merci de votre participation !

ANNEXE 5 : Feuille d'information sur le projet de thèse

LETTRE D'INFORMATION DE LA RECHERCHE

Etude :

Opinions du patient sur la promotion et la prescription de l'activité physique par le médecin généraliste

Promoteur de la recherche :

CHRU de Tours - 2, boulevard Tonnellé 37044 Tours Cedex 9

Investigateur coordonnateur :

Hélène GARRY

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une recherche organisée par le CHRU de Tours et appelée « **Opinions du patient sur la promotion et la prescription de l'activité physique par le médecin généraliste** »

Cette recherche dite non interventionnelle est réalisée en plus de la prise en charge habituelle effectuée par votre médecin traitant.

Cela ne donne l'occasion d'aucune compensation ou assurance en contrepartie.

Néanmoins, en l'absence d'opposition, un traitement de vos données de santé pourra être mise en œuvre.

Prenez le temps de lire les informations contenues dans ce document et de poser toutes les questions qui vous sembleront utiles à sa bonne compréhension. Vous pouvez prendre le temps nécessaire pour décider si vous souhaitez vous opposer à ce que les données qui vous concernent soient utilisées dans le cadre de cette recherche.

QUEL EST L'OBJECTIF DE CETTE ÉTUDE ?

L'objectif de l'étude est de connaître l'opinion du patient sur la promotion et la prescription de l'activité sportive par le médecin généraliste.

QUE SE PASSERA T-IL SI JE PARTICIPE À LA RECHERCHE ?

Si vous ne vous opposez pas à participer à cette recherche, les données vous concernant seront recueillies et traitées afin de répondre à l'objectif mentionné plus haut.

Votre participation durera le temps du groupe de discussion et il n'y aura ni visite ni examen supplémentaire par rapport à votre suivi habituel.

EST-CE QUE JE PEUX RENONCER A MA PARTICIPATION ?

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de changer d'avis à tout moment et de vous opposer, sans avoir à vous justifier, au traitement de vos données dans le cadre de cette recherche. Votre décision n'aura aucune conséquence sur votre prise en charge.

Dans ce cas, vous devrez avertir le médecin qui vous a proposé d'y participer. Ce dernier s'engage alors à communiquer votre

EST-CE QUE MA PARTICIPATION RESTERA CONFIDENTIELLE ?

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données de santé va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif qui vous a été présenté. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises au Promoteur ou aux personnes agissant pour son compte. Ces données seront donc identifiées par un code et les initiales de votre nom et prénom.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées vous concernant (loi n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

QUI A APPROUVÉ LA RECHERCHE ?

Les modalités de cette recherche ont été soumises au comité d'éthique local qui a notamment pour mission de vérifier les conditions requises pour la protection et le respect de vos droits.

Une autorisation à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été demandée. Le traitement des informations recueillies est enregistré sous le numéro 2017_055 au CHRU de Tours.

QUI POURRAI-JE CONTACTER SI J'AI DES QUESTIONS ?

Le médecin qui vous a proposé cette recherche est à votre disposition pour vous fournir toutes informations complémentaires. Si souhaitez, vous pouvez le contacter directement.

ANNEXE 6 : Tableau population étudiée

FG	SEXE	AGE	FUMEUR	PROFESSION	CS CHEZ LE MT DANS LES 12 DERNIERS MOIS	EXERCICE PHYSIQUE	MT EN A DEJA PARLE	MALADIE	ALD
1	M	73	Non	Retraité (cadre sup.)	>5	2 à 3x/sem.	Non	HTA, diabète, cholestérol	oui
1	F	65	Oui	Retraité (aide à domicile)	3 à 4	2 à 3x/sem.	Oui < 12 mois	HTA, cholestérol, autres (polyarthrite inflammatoire débutante)	oui
1	F	65	Non	Retraité (aide-ménagère)	>5	Jamais	Non	Problème cardiaque	Oui
1	F	74	Non	Retraité (agriculture)	3 à 4	Jamais	Je ne sais pas	Autres (AVC)	oui
1	M	71	Non	Retraité (professeur d'EPS)	3 à 4	2 à 3x/sem.	Oui < 12 mois	Diabète, problème cardiaque	oui
1	M	72	Non	Retraité (magasinier)	>5	2 à 3x/sem.		Autres	Oui
2	M	72	Non	Retraité (clerc)	3 à 4	Au moins 2x/sem.	Oui > 12 mois	HTA, cholestérol	Oui
2	F	64	Oui	Retraité (secrétaire commercial banque)	3 à 4	Au moins 2x/sem.	Oui >12 mois	Diabète, problème cardiaque (arythmie)	oui
2	M	65	Non	Retraité (Service généraux)	3 à 4	Au moins 2x/sem.	Oui < 12 mois	Autres (cancer du poumon)	Oui
2	M	68	Non	Retraité (ouvrier d'usine)	3 à 4	Au moins 2x/sem.	Oui > 12 mois	HTA, cholestérol, problème cardiaque	Oui
2	F	71	Non	Retraité (gardienne d'immeuble)	>5	Jamais	Oui < 12 mois	HTA, Diabète, problème cardiaque, autres (arthrose)	Oui
2	M	68	Non	Retraité (police)	>5	Jamais	Oui, mais je ne sais	Diabète, problème cardiaque	oui

							plus quand	(défibrillateur), autres (cancer)	
2	F	65 non	Non	Retraité (aide à domicile)	>5	Au moins 2x/sem.	Oui < 12 mois	HTA, diabète, cholestérol, autres (fibromyalgie)	Oui
3	F	63	Non	Retraité (commerçante)	1 à 2	2 à 3x/sem.	Oui < 12 mois	Cholestérol, autres	non
3	M	60	Non	Retraité (magasinier)	3 à 4	Jamais	Oui, je ne sais plus quand	Cholestérol, autres	Oui
3	M	67	Oui	Retraité (pâtisserie)	3 à 4	Au moins 2x/sem.	Oui < 12 mois	Diabète	Oui
3	F	68	Non	Retraité	1 à 2	Au moins 2x/sem.	Je ne sais pas	Autres	Oui
3	M	62	Non	Retraité (frigoriste)	1 à 2	2 à 3x/sem.	Oui < 12mois	HTA	Oui
3	M	70	Non	Retraité (commercial)	3 à 4	2 à 3x/sem.	Ou i> 12mois	HTA, diabète, cholestérol	Oui
4	F	76	Oui	Retraité (femme de ménage)	>5	2 à 3x/sem.	Non	HTA, cholestérol	Oui
4	M	72	Non	Retraité (salarié agricole)	3 à 4		Oui > 12mois	Autres	Oui
4	M	62	Non	Retraité (ouvrier)	3 à 4	Au moins 2x/sem.	Oui < 12mois	Diabète	Oui
4	F	67	Non	Retraité (secrétariat)	3 à 4	Au moins 2x/sem.	Non	Diabétique, Cholestérol, Autre (dépression)	Oui

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Hélène JANDIN GARRY

62 Pages – 3 tableaux – 1 schéma

Résumé :

Introduction : La loi santé du 26 janvier 2016 donne la possibilité au médecin traitant de prescrire une activité physique aux patients atteints d'une Affection de Longue Durée. L'objectif de cette étude est d'explorer les opinions du patient sur la promotion et la prescription de l'activité physique réalisées par le médecin généraliste.

Matériel et méthode : Etude qualitative par focus groups auprès de patients suivis pour une Affection de Longue Durée, recrutés au sein de la maison médicale de Contres (Loir et Cher). La trame d'entretien explore les opinions du patient sur le rôle du médecin généraliste dans la promotion et la prescription de l'activité physique, son ressenti face à ce type de prescription, la forme de prescription que le patient souhaite, les facteurs limitants rencontrés pouvant influencer l'observance et la représentation de l'activité physique pour le patient.

Résultats : Les patients estiment que la promotion de l'activité physique est le rôle du médecin généraliste. Les avis sur la prescription de l'activité physique sont partagés. Les formes de prescription attendues sont le conseil oral, l'orientation vers un coach sportif ou vers un groupe collectif, des brochures d'informations. Ils souhaitent que cette prescription soit adaptée à leur pathologie/capacité physique, à leurs compétences individuelles et qu'elle soit accompagnée d'explications afin d'en comprendre les objectifs. Plusieurs facteurs limitants sont rapportés par les patients. Le terme d'activité physique représente pour le patient les activités sportives, les tâches quotidiennes et les séances de kinésithérapie

Conclusion : Les patients estiment que la promotion de l'activité physique est le rôle du médecin généraliste. Concernant la prescription, certains sont prêts à la suivre, à condition qu'elle soit adaptée et individuelle.

Mots clés : activité physique, promotion, prescription, médecine générale

Jury :

Président du Jury : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ,

Directeur de thèse : Docteur Etienne Gallet

Membres du Jury : Professeur Denis ANGOULVANT
Professeur Pierre-Henri DUCLUZEAU

Date de soutenance : le 29 mai 2018