



Année 2017/2018

N°16

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Julie THOMAS

Née le 15 février 1988 à Orléans (45)

TITRE

Utilisation du questionnaire de Ricci et Gagnon dans la prise en charge de l'activité physique des patients diabétiques de type 2. Retour d'expérience et avis de médecins généralistes du Loiret formés à l'entretien motivationnel.

Présentée et soutenue publiquement le 22 mars 2018 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur François MAILLOT, Médecine interne, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Denis ANGOULVANT, Cardiologie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Jean-Pierre LEBEAU, PU, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Christophe RUIZ, Médecine Générale – Neuvy-Saint-Sépulchre

Directeur de thèse : Docteur Adrien DUMAS, Médecine Générale - Saint Jean de Braye

RÉSUMÉ

Utilisation du questionnaire de Ricci et Gagnon dans la prise en charge de l'activité physique des patients diabétiques de type 2. Retour d'expérience et avis de médecins généralistes du Loiret formés à l'entretien motivationnel.

Contexte : L'activité physique fait partie de la prise en charge initiale du diabète de type 2 et fait l'objet de recommandations. L'accompagnement de l'activité physique par le médecin généraliste reste difficile mais son intégration dans une démarche d'entretien motivationnel peut être une solution. Le questionnaire de Ricci et Gagnon est recommandé par la HAS pour évaluer le niveau d'activité physique des diabétiques de type 2. Cette étude s'intéressait au retour d'expérience et avis des médecins généralistes formés à l'entretien motivationnel après utilisation du questionnaire de RICCI et GAGNON dans la prise en charge de l'activité physique des patients diabétiques de type 2.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de dix médecins généralistes du Loiret. Une analyse thématique a été réalisée après retranscription intégrale des verbatim.

Résultats : L'ensemble des médecins partageaient une volonté de prise en charge globale de l'activité physique mais avouaient se heurter à un manque de motivation des patients. Ils étaient satisfaits de l'utilisation du questionnaire de par son emploi facile, son évaluation complète et sa reproductibilité en consultation de suivi. Il a été source d'objectifs pour les patients. Toutefois la multitude de questions, dont certaines inadaptées, pouvait être un frein à son utilisation. Le score final n'était pas contributif et considéré comme stigmatisant.

Conclusion : Le questionnaire de RICCI et GAGNON a été bien accueilli par les médecins généralistes pour améliorer la prise en charge de l'activité physique des diabétiques de type 2 mais il reste encore un manque de réseau en aval à solutionner.

MOTS CLES : ACTIVITE PHYSIQUE ; DIABETE DE TYPE 2 ; MALADIE CHRONIQUE ; MEDECINE PREVENTIVE ; SOINS DE SANTE PRIMAIRES ; ENTRETIEN MOTIVATIONNEL ; MEDECINE GENERALE ; RECHERCHE QUALITATIVE

ABSTRACT

Use of Ricci-Gagnon self-questionnaire in the management of physical activity in patients with type 2 diabetes mellitus. Feedback and opinion of general practitioners from Loiret trained in motivational interviewing.

Background : Physical activity forms a part of the management of type 2 diabetes mellitus and is recommended. The support of the physical activity by the general practitioner remains difficult but its integration into a process of motivational interviewing can be a solution. The Ricci-Gagnon self-questionnaire is recommended by the HAS to evaluate the level of physical activity in type 2 diabetes mellitus. This study dealt with feedback and opinion of general practitioners trained in motivational interviewing after using the RICCI-GAGNON self-questionnaire in the management of physical activity in patients with type 2 diabetes mellitus.

Methods: Qualitative study by semi-structured interviews with ten general practitioners from Loiret. A thematic analysis was carried out after full transcript of the verbatim.

Results: All of general practitioners wanted to handle the management of physical activity but they admitted they faced a lack of motivation from patients. They were satisfied with the use of the Ricci-Gagnon self-questionnaire thanks to its easy use, complete evaluation and reproducibility in follow-up consultation. It was source of objective for patients. However the plurality of questions, some of which were not adapted could be a damper. The final score was not contributive and it was considered as stigmatizing.

Conclusion: The RICCI-GAGNON self-questionnaire was well received by general practitioners to improve the management of physical activity of the patients with type 2 diabetes mellitus but there is still a lack of network downstream to solve.

KEYWORDS: PHYSICAL ACTIVITY; DIABETES MELLITUS , TYPE 2; CHRONIC DISEASE; PREVENTIVE MEDICINE; PRIMARY HEALTH CARE; MOTIVATIONAL INTERVIEWING; GENERAL PRACTICE ; QUALITATIVE RESEARCH

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. Lotz 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 – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – 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 – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – G. 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. TOUMIELX – 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
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-vénérologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie

MOUSSATA Drifa.....	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-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURCH 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
BERHOUET 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
MANES Fabrice.....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
PVER Eric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

ZEMMOURA IlyessNeurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ NadiaNeurosciences
BOREL StéphanieOrthophonie
DIBAO-DINA ClarisseMédecine Générale
LEMOINE MaëlPhilosophie
MONJALZE CécileSciences du langage - orthophonie
PATIENT RomualdBiologie cellulaire
RENOUX-JACQUET CécileMédecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ AyacheDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON SylvieDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY YvesChargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY HuguesChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-MichelChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT PhilippeChargé de Recherche INRA – UMR INRA 1292
GUILLEUX FabriceDirecteur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT MarieChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURICH NathalieChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ BriceChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER FrédéricChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
LE PAPE AlainDirecteur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER FrédéricDirecteur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-ChristopheChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET ChristopheChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL WilliamChargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR MustaphaDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK ClaireChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE ClaireOrthophoniste
GOUIN Jean-MariePraticien Hospitalier
PERRIER DanièleOrthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthopédie

LALA EmmanuellePraticien Hospitalier
MAJZOUB SamuelPraticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE BéatricePraticien 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.

Remerciements

A Monsieur le Professeur François Maillot, merci de me faire l'honneur de présider le jury de thèse,

A Messieurs les Professeurs Denis Angoulvant et Jean Pierre Lebeau, merci de me faire l'honneur de juger mon travail,

A Monsieur le Docteur Christophe Ruiz qui me fait l'honneur d'être présent pour cette nouvelle étape après avoir été mon tuteur pendant ces trois années d'internat,

A Monsieur le Docteur Adrien Dumas, mon directeur de thèse, pour avoir accepté de m'accompagner dans ce travail de thèse,

Merci aux médecins qui ont accepté de participer à mon projet de thèse et sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé.

Aux médecins que j'ai côtoyés au cours de mon internat et de mes différents remplacements,

A chacun des patients qui à leur manière me façonne un peu plus chaque jour pour devenir un bon médecin,

A ma grand-mère qui m'a donné l'envie de devenir médecin,

A mes parents et ma sœur qui ont toujours été à mes côtés pendant ces dix années de travail, qui ont su m'encourager, m'écouter, m'épauler à chaque instant,

A Robin, mon neveu qui a été mon rayon de soleil lors de cette première année d'étude,

A ces belles rencontres pendant ces trois années d'internat, Marianne, Rémi, Sami, à l'équipe IDE de gériatrie et des urgences d'Orléans,

A Florian, mon compagnon, qui sait me reconforter lors de mes moments de doute et qui me permet aussi de m'échapper de ce monde médical qui peut parfois être si dur,

Et enfin à toi ma Léa, mon amour, mon ange, tu m'as d'abord accompagnée sans le savoir dans ce long travail lorsque tu étais encore dans mon ventre et maintenant tu es là, tes babillages m'ont accompagnée pour rédiger les dernières lignes et tes sourires malicieux m'auront reconfortée jusqu'au bout.

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION.....	14
II.	MATERIEL ET METHODE.....	16
1.	Type d'étude.....	16
2.	Avis du CNIL et du Comité d'éthique.....	16
3.	Recrutement des médecins.....	16
4.	Guide d'entretien	16
5.	Réalisation des entretiens.....	17
6.	Analyse des données.....	17
III.	RESULTATS.....	18
1.	Caractéristiques de la population et des entretiens	18
2.	Prise en charge habituelle de l'activité physique du patient diabétique de type 2 en consultation de médecine générale :.....	19
2.1.	Une évocation plutôt systématique mais en fonction des priorités, en consultation non dédiée	19
2.2.	A l'aide de questions générales simples.....	19
2.3.	Une évocation naturelle par le patient mais imprécise	20
2.4.	Différentes façons de pratiquer l'activité physique	20
2.5.	Le régime diététique évoqué simultanément.....	20
2.6.	Une prise en charge non satisfaisante	21
2.7.	Une prise en charge difficile du fait de multiples facteurs à prendre en compte.....	21
2.8.	Mais la motivation du patient reste le premier facteur limitant à prendre en compte ...	22
3.	Prise en charge motivationnelle de l'activité physique	22
3.1.	Une certaine ambiance de consultation	22
3.2.	Dont les principes fondamentaux sont la recherche de l'auto-décision du patient, sa valorisation et l'adaptation à sa personnalité.....	23
3.3.	Une prise en charge globale nécessitant l'intervention de différents acteurs et à initier dans le temps	23
3.4.	Utilisation d'outils comme les micro-objectifs, l'échelle bénéfice risque, les questions ouvertes.....	24
3.5.	Une certaine réticence sur l'utilisation des outils.....	24
3.6.	Une volonté de personnaliser les outils.....	24
3.7.	Bénéfique également pour le médecin.....	24
4.	Aspects positifs du questionnaire de RICCI et GAGNON.....	25
4.1.	Utilisable en consultation.....	25
4.2.	Permet de réaliser le diagnostic initial en ouvrant la discussion, en obtenant des réponses plus précises, en réalisant une évaluation plus complète.....	25
4.3.	Aide ensuite à fixer des objectifs.....	26

4.4.	Utilisable pour le suivi	26
4.5.	Permet de valoriser le patient, de consolider le changement amorcé	27
4.6.	Sans modifier la relation médecin patient	27
5.	Aspects négatifs du questionnaire de Ricci et GAGNON.....	27
5.1.	Pas adapté aux contraintes de la consultation	27
5.2.	Certaines questions inadaptées	28
5.3.	Ce qui rendait son utilisation plus difficile pour quelques-uns des médecins	28
5.4.	Un score final non adapté, non informatif et parfois stigmatisant.....	28
5.5.	Pas de modification à un mois.....	29
5.6.	Adapté à un certain type de patient ou à un stade de changement.....	30
5.7.	Questionnaire non validé	30
6.	Améliorations proposées par les médecins	30
6.1.	Dans les modalités de réalisation.....	30
6.2.	Modifications à apporter au questionnaire	31
6.3.	Des éléments à ajouter au questionnaire	31
IV.	DISCUSSION	32
1.	Forces et limites de l'étude	32
1.1.	Choix d'une étude qualitative	32
1.2.	Choix de l'entretien semi-dirigé en individuel	32
1.3.	Choix du questionnaire de RICCI et GAGNON modifié.....	33
1.4.	Choix de la population.....	33
2.	Résultats principaux et comparaison avec la littérature :	34
2.1.	L'outil semble utile, utilisable, mais peu de résultats sur l'activité physique obtenus à un mois	34
2.2.	Le manque de temps... ..	35
2.3.	Le plaisir, source de motivation indispensable ?.....	36
2.4.	Intérêt d'un score final ?	36
2.5.	Outil imparfait comme tous les outils	37
2.6.	Quel financement pour l'activité physique ?	37
V.	CONCLUSION	39
VI.	BIBLIOGRAPHIE :	40
	Annexe 1. Liste des abréviations	43
	Annexe 2. Mail de demande de participation à l'étude envoyé aux médecins	44
	Annexe 3. Guide d'entretien	45
	Annexe 4. Questionnaire de Ricci et Gagnon modifié	47
	Annexe 5. Schéma explicatif des facteurs intervenant lors de la prise en charge de l'activité physique des patients diabétiques de type 2.....	48
	Annexe 6. Les points positifs et négatifs du questionnaire de RICCI et GAGNON	49

Annexe 7. Le modèle Transthéorique développé par Prochaska et DiClemente	50
Annexe 8. Modèle d'adaptation de prise en charge selon le stade de motivation	51
Annexe 9. Avis favorable du Comité d'éthique	52
Annexe 10. Transcription des entretiens	53

I. INTRODUCTION

Le diabète en France représentait 5 % de la population en 2015(1) soit plus de 3,3 millions de personnes traitées pour un diabète et le diabète de type 2 correspondrait à 90 % des cas. Comparée à la population non diabétique, la mortalité, toutes causes confondues et à âge égal, est 1,5 à 2 fois plus élevée chez les personnes diabétiques pour les décès liés à une cardiopathie ischémique, une pathologie cérébrovasculaire, une insuffisance rénale ou une insuffisance hépatique (2). De plus les coûts directs du diabète de type 2 en 2013 ont été estimés à plus de 9 milliards d'euros en France (3).

Le surpoids et la sédentarité (4) sont des facteurs prédisposants connus du diabète de type 2.

C'est pourquoi l'activité physique fait partie intégrante de la prise en charge initiale du diabète de type 2, à laquelle s'associe la diététique (5). En effet, l'activité physique améliore le contrôle glycémique, la sensibilité à l'insuline, la composition corporelle, le V02max et joue également un rôle sur le contrôle des autres facteurs de risques cardiovasculaires comme l'hypertriglycéridémie (6) (7).

L'OMS définit l'activité physique comme « tout mouvement produit par la contraction des muscles squelettiques, responsable d'une augmentation des dépenses d'énergie par rapport à la dépense de repos ». Elle peut être caractérisée par son intensité, sa fréquence, sa durée, sa nature et le contexte dans lequel elle est réalisée. Elle ne se limite pas à la seule pratique sportive, et regroupe l'ensemble des activités de la vie courante (scolaires, professionnelles, de loisirs) qu'elles soient structurées ou non (8). La Haute Autorité de Santé recommandait en 2006 une promotion de l'activité physique qui consiste « en des modifications réalistes du mode de vie quotidien et autant que possible repose sur plus de trois heures par semaine d'activité plus intensive adaptée au profil du patient. »(9)

Mais la difficulté pour le médecin généraliste, au premier plan dans le suivi du diabète, reste dans l'évaluation, la prescription et l'accompagnement de l'activité physique (10).

L'éducation thérapeutique (11) qui depuis la loi HPST de 2009 doit être intégrée aux soins primaires et qui a démontré son efficacité (12), est une solution dans la prise en charge de l'activité physique.

La mise en place d'entretiens motivationnels permettant l'initiation et l'accompagnement du changement de mode de vie en fait partie et a également démontré son efficacité. (13) (14)

En effet l'entretien motivationnel est une méthode de communication directive, centrée sur la personne, qui vise à augmenter la motivation intrinsèque pour le changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence (15)

La prise en charge motivationnelle repose sur plusieurs étapes. Dans un premier temps, la réalisation d'un diagnostic initial : en effet il est nécessaire d'évaluer le patient sur ses capacités, son état d'activité actuel et également sur sa motivation à

changer son comportement. Dans un second temps, il faudra aider le patient à se fixer des objectifs prioritaires qui devront ensuite être régulièrement réévalués et adaptés avec le patient lors de consultations ultérieures. (16)

Malheureusement le manque de temps et de formations restent encore des limites dans la prise en charge motivationnelle pour les médecins généralistes (17).

Le questionnaire d'activité physique RICCI et GAGNON recommandé par l'HAS pour évaluer le niveau d'activité habituel (18) semble pouvoir être utilisé lors des différentes étapes de l'entretien motivationnel.

Il n'a cependant encore jamais été validé malgré un recours régulier par les réseaux diabète (Diabolo, Obécentre).

Ce questionnaire est-il un bon support pour le médecin généraliste utilisant l'entretien motivationnel et est-il adapté aux contraintes liées aux consultations en médecine générale ?

L'objectif de l'étude était d'explorer l'avis des médecins généralistes du Loiret formés à l'entretien motivationnel après utilisation du questionnaire de Ricci et Gagnon dans la prise en charge de l'activité physique des patients diabétiques de type 2 en consultation de médecine générale.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes ou remplaçants en médecine générale ayant bénéficié d'une formation à l'entretien motivationnel et issus de cabinets du Loiret.

2. Avis du CNIL et du Comité d'éthique

Un avis favorable auprès du CNIL a été obtenu le 3 février 2017 sous le numéro 2016_104.

Un avis favorable a été également obtenu auprès du Comité d'éthique le 16 novembre 2016 pour notre projet de recherche n° 2016 071 (Annexe 9).

3. Recrutement des médecins

Le recrutement a été réalisé selon un échantillonnage raisonné à variation maximale. L'échantillon était raisonné en fonction de l'âge, du sexe, de l'activité professionnelle de façon à obtenir un panel diversifié. Un questionnaire a été réalisé afin de déterminer les caractéristiques des médecins participants et remis au début des entretiens individuels.

Après avoir obtenu les coordonnées des médecins du Loiret ayant participé à des formations sur l'entretien motivationnel, ils ont été contactés par mail (Annexe 2).

Lors du premier contact par mail il leur a été présenté le sujet général de l'étude, ainsi que le questionnaire de Ricci et Gagnon modifié (Annexe 4) défini comme un auto-questionnaire d'activité physique, joint au mail.

Pour les médecins participants il a été demandé à nouveau par mail, de réaliser au moins deux consultations de suivi à 1 mois d'intervalle avec un patient diabétique de type 2 en remettant le questionnaire de RICCI ET GAGNON, et d'utiliser les résultats du questionnaire afin d'aborder avec lui l'activité physique de façon motivationnelle.

La manière d'utiliser le questionnaire était libre, ainsi que le travail réalisé ensuite avec le patient.

Un entretien avec les médecins avait ensuite lieu afin de recueillir leur expérience sur l'utilisation du questionnaire de Ricci et Gagnon.

4. Guide d'entretien

Le guide d'entretien (Annexe 3) a été réalisé à partir d'hypothèses émises notamment à la suite des recherches bibliographiques.

Il a ensuite été validé par le directeur de thèse, puis testé lors d'un entretien fictif avec un médecin volontaire

Il comportait des questions principales et des questions de relances si le médecin ne couvrait pas les points importants.

Il contenait quatre parties principales :

- l'exploration de leur prise en charge habituelle de l'activité physique des diabétiques de type 2
- un échange sur leur expérience de l'utilisation du questionnaire de Ricci et Gagnon
- une recherche de leur position par rapport à l'utilisation de celui-ci
- et enfin une recherche sur les améliorations à apporter au questionnaire et à la prise en charge en général de l'activité physique des diabétiques de type 2.

5. Réalisation des entretiens

Un entretien a eu lieu avec chaque médecin après qu'il ait revu le patient à un mois de la première consultation.

L'entretien était individuel, semi-directif.

Après leur accord oral, ils ont été intégralement enregistrés avec un dictaphone numérique.

Les entretiens ont été effectués avec une attitude d'écoute active, sans apport d'opinions personnels, et avec la présence de pause active afin d'encourager d'autres commentaires ou le développement d'idée.

6. Analyse des données

Les verbatim ont été intégralement retranscrits puis numérotés dans leur ordre de création pour conserver l'anonymat.

Les données non verbales n'ont pas été recueillies, ni analysées.

La réalisation des entretiens s'est faite jusqu'à saturation des données.

Une analyse thématique de contenu a ensuite été réalisée.

Le codage des verbatim et l'interprétation ont été supervisés par le directeur de thèse, qualifié en recherche qualitative.

L'analyse des verbatim obtenus a débuté après chaque entretien. Chaque phrase ou partie porteuse de sens a été codée. Un codage axial puis sélectif a permis d'obtenir une analyse thématique de ce recueil de données.

Un tableau Excel a été réalisé représentant les résultats à partir du codage axial, son élaboration progressive et continue a permis de déterminer à quel moment les données étaient saturées.

III. RESULTATS

1. Caractéristiques de la population et des entretiens

Les entretiens ont été menés du 13 décembre 2016 au 18 octobre 2017 auprès de dix médecins du Loiret.

L'ensemble des entretiens a été réalisé au cabinet des médecins, sauf un pour lequel l'entretien a eu lieu via Skype.

La durée moyenne des entretiens était de 18 minutes (avec une durée minimale de 13 minutes 47 secondes et une durée maximale de 21 minutes 30 secondes)

La saturation des données a été atteinte à l'issue de ces 10 entretiens.

La suffisance théorique des données a été obtenue à l'entretien 9, un entretien complémentaire a permis de la vérifier.

Il a été réalisé une analyse thématique des données puis la construction d'un schéma explicatif. (Annexe 5)

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon des médecins

	Médecin 1	Médecin 2	Médecin 3	Médecin 4	Médecin 5	Médecin 6	Médecin 7	Médecin 8	Médecin 9	Médecin 10
Age	38 ans	32 ans	28 ans	36 ans	59 ans	26 ans	31 ans	38 ans	57 ans	53 ans
Sexe	H	F	F	F	H	F	F	F	F	F
Type d'exercice	Semi-rural	Semi-rural	Semi-rural	Semi-rural	Rural	Rural	Urbain/Planning familial	Semi-rural	Semi-rural	Urbain
Type de cabinet	MSP	MSP	MSP	MSP	MSP	MSP	Remplaçante cabinet de groupe	Cabinet médical de groupe	Cabinet médical de groupe	Cabinet médical de groupe
Nombre d'années de pratique	10 ans	3 ans	1 an	1 an	32 ans	Interne 3ème semestre Stage niveau 1	2 années de remplacement	10 ans	28 ans	26 ans
Nombre de patients/jour	25	25-25	30	30	30	16	20-25	20-25	20	17
% patients diabétiques/patientèle totale	8 %	4 %	8 %	8,2 %	9 %	Non connu	Non connu	6,4 %	22 %	12 %
Participation à la formation « entretien motivationnel »	2014-2015	2016	2016	2016	2016	groupe de pratique	2015-2016	2012	2016	2006,2011,2012,2015

2. Prise en charge habituelle de l'activité physique du patient diabétique de type 2 en consultation de médecine générale :

2.1. Une évocation plutôt systématique mais en fonction des priorités, en consultation non dédiée

- L'évocation de l'activité physique de façon systématique en consultation de médecine générale était préconisée par la plupart des médecins.

« Bah déjà car c'est systématique, j'évoque à chaque fois la diététique et l'activité physique avec les diabétiques, d'autant plus que son bilan était un peu moins bon » M 5

- Cependant ils avouaient ne pas pouvoir l'évoquer à chaque fois du fait d'autres priorités à traiter lors de la consultation ou s'ils jugeaient que le patient n'était pas prêt à en parler.

« Le jour où il vient en consultation, s'il n'y a pas d'autres priorités que l'activité physique du patient(...)» M 1

« On ne peut pas parler de ça à chaque fois surtout si le patient n'a pas envie d'en parler. » M 3

- Aucun d'entre eux ne réalisait de consultation dédiée pour la prise en charge de l'activité physique.

« (...) elle n'était pas venue spécifiquement pour ça au départ (...) » M 2

2.2. A l'aide de questions générales simples

- L'activité physique était abordée essentiellement à l'aide de questions générales telles que :

« Je leur demande ce qu'ils font pour améliorer leur diabète » M 3

« Je leur demande où est ce qu'ils en sont, est-ce qu'ils marchent régulièrement ? » M 5.

- Un des médecins évoquait l'activité physique de façon indirecte selon les douleurs des patients :

« Alors en fait, généralement, je demande comment ça va au niveau des douleurs et ça passe par là (...) » M 2.

2.3. Une évocation naturelle par le patient mais imprécise

- Pour la plupart des médecins, les patients abordaient facilement l'activité physique :

« (...) mais il y a des patients qui l'abordent spontanément par exemple quand ils montent sur la balance ils disent il faudrait que je fasse ça et j'essaye de rebondir sur cela » M 6

- Cependant ils le faisaient essentiellement de façon imprécise :

« (...) mais c'est restreint dans l'évaluation, peu précis, dépend des personnes, ce ne sera qu'une part de ce qu'ils font » M 1

2.4. Différentes façons de pratiquer l'activité physique

- Certains médecins rappelaient la difficulté pour bien définir avec le patient ce qui pouvait être perçu comme de l'activité physique :

« C'est difficile l'activité physique pour les gens qui travaillent car s'ils ont un travail physique ils ne se rendent pas compte qu'ils réalisent déjà une activité physique » M 3

- Et il existait également des notions d'intensité de l'effort différentes entre le patient et le médecin :

« (...) mais c'est souvent qu'ils marchent et quand je les vois marcher à un train de sénateur je me dis ok Marcher ou piétiner ... (...) » M 9

2.5. Le régime diététique évoqué simultanément

- La majorité des médecins évoquaient la diététique conjointement à l'activité physique :

« (...) j'évoque à chaque fois la diététique et l'activité physique avec les diabétiques (...) » M 5

- Un médecin se sentait plus à l'aise pour évoquer la diététique plutôt que l'activité physique :

« (...) je pense que j'axe plus sur l'alimentation que sur l'activité physique, moins précise par rapport à l'information que je peux donner (...) » M 2

2.6. Une prise en charge non satisfaisante

- La plupart des médecins ne semblaient pas être entièrement satisfaits de leur prise en charge de l'activité physique :

« Je pose souvent la question mais après je leur dis il faut aller marcher ou essayer de trouver une activité pour eux mais je ne vais pas forcément plus loin, sans avoir de choses à leur proposer ou dans leur évaluation. Je ne suis pas satisfaite complètement on pourrait aller plus loin » M 4

« (...) on est très fier si au bout d'un an on signe un certificat de sport pour aller faire l'activité qu'ils veulent (...) » M 9

2.7. Une prise en charge difficile du fait de multiples facteurs à prendre en compte

- La majorité des médecins citaient comme limite à la prise en charge de l'activité physique les facteurs inhérents aux patients diabétiques polypathologiques

« Les difficultés sont les patients qui sont plus vieillissants et plus polypathologiques, avec des douleurs qui les empêchent de faire une activité physique. » M 6

« (...) mais je ne peux pas docteur, j'ai mal » M 8

- une partie d'entre eux évoquait également les difficultés avec l'image de leur corps.

« (...) en plus de ça il y a aussi l'aspect physique, c'est compliqué avec l'image de soi, or faire du sport c'est aussi s'exposer (...) » M 7

- D'après les médecins interrogés s'y ajoutaient également des facteurs limitants externes tels que le mode de vie, les modalités de travail, le temps, l'entourage existant ou non et l'aspect financier.

« (...) soit ils sont seuls, soit ils ont un compagnon grabataire, soit des enfants à garder, la vie quoi (...) » M 3

« Il s'agit d'un patient obèse diabétique qui vit ici et qui travaille en région parisienne ce qui complique une activité physique quotidienne. » M 5

« On peut se buter aux problèmes financiers (...) » M 9

- Enfin certains regrettaient un manque de réseau et de logistique en aval.

« C'est le réseau d'activité, il faudrait avoir des personnes adaptées pour des patients polypathologiques, pour que l'activité physique soit adaptée à leur pathologie, avoir un réseau pour pouvoir leur proposer cela. » M 7

« (...) et l'accessibilité des soins. Il y a beaucoup de personnes isolées, il n'y a pas forcément de club de marche, ici à la campagne c'est défavorisé. » M 6

- Parmi eux quelques-uns se demandaient à qui revenait la tâche de mettre en place ce réseau :

« (...) c'est dommage qu'il n'y ait pas de relation après c'est peut-être à nous de le créer (...) » M 2

2.8. Mais la motivation du patient reste le premier facteur limitant à prendre en compte

- La plupart reconnaissait que la motivation du patient était la principale limite :

« La difficulté est plus dans la motivation à faire bouger les gens. » M 1

- Avec des patients pas tous au même stade de changement :

« J'ai dû essayer une ou deux fois mais après pas plus, car elle n'est pas prête (...) » M 10

« Il y a certains patients, on a beau leur dire qu'il y a des choses à changer on sait qu'ils ne seront pas prêts à entendre quoi que ce soit » M 6

« C'était donc un patient avec un comportement très motivé dès le départ » M 8

- Et un risque de rechute :

« Dans le temps ils essayent de prendre des résolutions mais ça ne dure pas forcément. » M 6

3. Prise en charge motivationnelle de l'activité physique

3.1. Une certaine ambiance de consultation

- Pour les médecins lors de cette prise en charge motivationnelle il régnait comme une ambiance de consultation particulière :

« C'est plus une ambiance de consultation, un état d'esprit. » M 1

3.2. Dont les principes fondamentaux sont la recherche de l'auto-décision du patient, sa valorisation et l'adaptation à sa personnalité

- Bon nombre s'accordait à rechercher l'auto-décision du patient :

« (...) mais c'est eux qui doivent trouver une solution. » M 9

- Et à le valoriser:

« La valorisation du pas grand-chose. » M 3

« Quand je vois qu'ils se braquent, j'essaye de les rassurer, je les revalorise. » M 3

- Un médecin rappelait l'importance de s'adapter à la personnalité du patient :

« On a essayé de revoir ensemble pour réaliser un programme, avec les jours de la semaine, le temps de marche, avec lui car il aime bien remplir des programmes. » M 3

3.3. Une prise en charge globale nécessitant l'intervention de différents acteurs et à initier dans le temps

- En effet une grande partie des médecins estimait avoir de multiples facteurs à prendre en charge : les comorbidités, le mode de vie, le travail, l'alimentation.

« (...) c'est une patiente qui a beaucoup de soucis niveau santé et le diabète en fait partie, (...) Assistante maternelle (...) elle a une spondylarthrite ankylosante donc pas mal de douleurs associées. » M 2

- La plupart avouait donc faire appel fréquemment à d'autres intervenants comme l'infirmière ASALEE, la diététicienne, le kinésithérapeute, les centres diététiques et les associations.

« Par contre le fait d'être dans une structure avec un groupe, une infirmière Asalée c'est agréable, il y a un renforcement et elle a le temps. » M 3

- Un médecin revenait sur l'importance du temps pour obtenir des résultats :

« (...) mais il faut prendre le temps de les explorer et d'arriver à trouver des solutions ensemble. Mais avec du temps on arrive parfois, même si ce n'est pas au moment de cette consultation » M 7

3.4. Utilisation d'outils comme les micro-objectifs, l'échelle bénéfique risque, les questions ouvertes

- L'ensemble des médecins utilisait facilement les questions ouvertes et les micro-objectifs lors de la prise en charge motivationnelle.

« Les petits objectifs c'est quelque chose que j'aime bien. » M 2

« Je pose souvent des questions ouvertes et les patients essayent de faire leur propre cuisine et cela marche beaucoup mieux. » M 6

- D'autres outils ont été cités comme le schéma explicatif, l'agenda d'exercice physique, les métaplans, l'écoute réflexive.

3.5. Une certaine réticence sur l'utilisation des outils

- Certains avouaient avoir des réticences sur l'utilisation des outils comme les échelles du fait d'une connaissance approximative de l'outil, par manque de temps ou à cause du côté systématique de l'outil.

« (...) je n'utilise jamais d'échelle. Je ne les ai pas à disposition et je ne les connais pas forcément bien mais ce n'est pas un refus de les utiliser. » M 6

« Des outils je ne les utilise pas car je n'ai pas le temps » M 9

- Aucun médecin n'avait déjà utilisé le questionnaire de RICCI et GAGNON dans sa pratique.

3.6. Une volonté de personnaliser les outils

- Un médecin rappelait l'importance de personnaliser ces outils :

« C'est pas mal de s'imprégner des échelles, de les connaître de les avoir lu et connaître la subtilité et ensuite de les transformer (...) » M 3

3.7. Bénéfique également pour le médecin

- pour un des médecins, l'entretien motivationnel était également bénéfique pour lui car il permettait une dédramatisation de la prise en charge :

« Car nous on le vit mieux, car c'est dur quand tu es installé et que tu vois ton patient au bout de la énième année toujours à 10% d'hémoglobine glyquée, qui te dit je n'ai pas envie de marcher, cela dédramatise, c'est beaucoup plus simple, c'est libérateur. » M 8

4. Aspects positifs du questionnaire de RICCI et GAGNON

4.1. Utilisable en consultation

- Beaucoup de médecins reconnaissent que le questionnaire était plutôt facile d'utilisation, compréhensible et peu chronophage, permettant une utilisation en consultation

« Oui ce n'est pas plus chronophage que cela, cela m'a étonné, comme la moitié des questions je les ai intégrées à l'entretien, cela ne prend pas plus de temps que ça. » M 8

- Un médecin a même réussi à l'utiliser avec une personne étrangère :

« (...) mais on a quand même obtenu des choses. Elle parlait français ? Oui mais pas forcément très bien. » M 4

4.2. Permet de réaliser le diagnostic initial en ouvrant la discussion, en obtenant des réponses plus précises, en réalisant une évaluation plus complète

- L'ensemble des médecins déclarait que l'utilisation du questionnaire permettait d'ouvrir la discussion sur l'activité physique :

« C'est un bon outil pour ouvrir la conversation et faire prendre conscience au patient. » M 6

- Certains avaient remarqué que l'ouverture de la discussion allait même au-delà de l'activité physique:

« (...), à chaque question il s'est ouvert sur ses habitudes de vie , ce qui n'était pas forcément évident d'explorer comme ses habitudes de travail, son quotidien, cela a permis de bien cadrer son environnement.» M 7

- Les réponses obtenues étaient plus précises :

« Screen bien l'activité plus que par des questions fermées, balaye plus large et permet de rentrer dans le détail. » M 1

- Les médecins déclaraient que le questionnaire permettait une évaluation complète en explorant tous les types d'activité physique ainsi que l'intensité de l'effort :

« Le fait de dissocier entre marche, loisir, bricolage, c'est bien. » M 3

« Comment percevez-vous votre effort ? Cette question est très bien (...) ils se rendent compte qu'il y a différents types d'effort. » M 6

- Une partie des médecins trouvait intéressant de pouvoir explorer la sédentarité du patient :

« Des informations nouvelles que j'ai pu obtenir, (...), quand il me dit qu'ils passent 4 à 5 heures par jour devant la télé, finalement ce n'est pas négligeable. » M 8

4.3. Aide ensuite à fixer des objectifs

- Quelques-uns estimaient que la réalisation du questionnaire avait été un élément déclencheur pour leur patient :

« (...) spontanément il me disait j'ai plus marché, j'ai fait plus de bricolage. Le fait d'en avoir parlé a permis d'augmenter je pense. » M 3

- Plusieurs citaient la réalisation du questionnaire comme source d'objectifs pour le patient :

« Ça lui a fait une remise en question, lui ce qu'il a modifié c'est surtout la durée d'activité physique, car il était à moins de 15 minutes. Il s'est rendu compte de la durée avec le questionnaire » M 6

4.4. Utilisable pour le suivi

- Sept médecins ont pu réutiliser le questionnaire en consultation de suivi, mais l'ensemble s'accordait à dire qu'il était réutilisable en consultation de suivi de par sa reproductibilité et la comparaison qu'il permettait de réaliser :

« (...) après avec celui-ci ce qui est bien c'est qu'il est parfaitement reproductif, on peut avoir un suivi et c'est vraiment intéressant. » M 8

4.5. Permet de valoriser le patient, de consolider le changement amorcé

- certains médecins voyaient dans la réalisation du questionnaire une façon de valoriser leur patient :

« Pour la deuxième, il était assez content car il ne pensait pas qu'il était aussi actif, cela a consolidé ce qu'il avait mis en place (...) » M 7

- un médecin relevait que le questionnaire pouvait renforcer la motivation du patient grâce au sentiment d'avoir été écouté et soutenu :

« Alors que là au contraire le fait de faire un questionnaire avec eux, d'en discuter, de les écouter et de trouver des solutions, ils se sentent pris en charge et cela renforce leur motivation. » M 6

4.6. Sans modifier la relation médecin patient

- l'ensemble des médecins ne trouvait pas que l'emploi du questionnaire modifiait la relation avec leurs patients :

« Alors non cela n'a rien changé à notre relation, les deux patients étaient très à l'aise, se sont bien livrés mais comme habituellement, je n'ai pas trouvé de changement particulier. » M 7

5. Aspects négatifs du questionnaire de Ricci et GAGNON

5.1. Pas adapté aux contraintes de la consultation

- Quelques médecins se plaignaient du temps passé à la réalisation du questionnaire:

« Je l'avais fait au moment d'une consultation, je pense que ça prend déjà 15 minutes donc j'ai été prise par le temps (...) » M 2

- Une partie trouvait que le questionnaire était trop exhaustif pour être utilisé en consultation :

« Trop lourd, les gens ne s'en souvenaient pas et cela fait quelque chose de plus dans le diabète. » M 3

5.2. Certaines questions inadaptées

- Certains avaient l'impression d'une redondance due à une mauvaise segmentation du questionnaire :

« Je ne sais pas si la séparation telle qu'elle a été choisie par les auteurs entre activité de loisirs et quotidienne est judicieuse car on a parfois l'impression d'une redondance. » M 5

- Un problème s'est posé pour la majorité du médecin, celui des patients en activité ou non :

-La plupart trouvait que ce n'était pas adapté aux patients ne travaillant pas car ils ne pouvaient pas répondre à l'ensemble du questionnaire :

« (...) pour celle qui ne travaillait pas, il y avait toute une partie de questions auxquelles on ne pouvait pas répondre donc ça limitait le nombre de réponses. » M 4

-un médecin quant à lui considérait injuste la question sur le temps passé en position assise pour les personnes travaillant en bureau :

« Pareil le temps passé en position assise, pour certain travail cela n'a pas de sens, dès qu'ils sont derrière un bureau. » M 3

- l'évaluation sur une journée empêchait un des médecins de se projeter sur l'activité physique du patient

« Combien de minutes consacrez-vous à la marche chaque jour, je trouve que c'est plus par semaine qu'il faut l'évaluer. » M 3

5.3. Ce qui rendait son utilisation plus difficile pour quelques-uns des médecins

« Globalement il est complet, il y a la note de la praticité clinique réelle, la façon dont je l'ai utilisé 4 ou 5 mais utilisé autrement 8 ou 9 car il est complet. » M 3

5.4. Un score final non adapté, non informatif et parfois stigmatisant

- Bon nombre de médecins suggéraient que le score pouvait être dévalorisant et stigmatisant pour le patient :

« (...) le score n'était pas élevé et d'ailleurs elle en était désolée, ça n'a pas été facile ça lui a donné un sentiment de culpabilité. » M 10

« Je n'aime pas trop mettre les gens dans les cases (...)» M 1

- Un seul médecin s'est interrogé sur l'effet négatif que pouvait engendrer l'autosatisfaction du patient lors de l'obtention d'un score élevé dans la démarche du changement :

« Ils étaient tous actifs donc ce n'est surtout pas ça qu'il faut dire car ils vont se dire c'est bon. » M 3

- Une partie considérait qu'il pouvait ne pas être représentatif de l'activité physique du patient et parfois trop sévère

« Moi quand je l'ai fait j'étais inactive alors que je ne pense pas être inactive. » M 2

« Mais je trouve ça sévère car pour avoir 18 quand on a une vie active ça peut être compliqué. » M 7

- La majorité des médecins jugeait que le score était non informatif :

« Je ne suis pas sûre que d'avoir un score pour évaluer l'activité physique soit nécessaire pour trouver des objectifs et améliorer l'activité physique. » M 7

5.5. Pas de modification à un mois

- La plupart des médecins n'a pas obtenu de résultat à un mois, ils justifiaient cela par une durée trop courte pour installer un changement ou du fait d'un manque de motivation :

«(...) en un mois je ne vais pas changer : soit il n'était pas motivé soit un mois c'est trop juste pour amorcer un changement. » M 2

5.6. Adapté à un certain type de patient ou à un stade de changement

- Certains médecins pensaient que le questionnaire n'était pas adapté à tous les patients, dépendant de leur personnalité et de leur stade de changement:

« (...) pourquoi pas pour quelqu'un d'un peu obsessionnel (...) » M 9

« (...) Ce n'est malheureusement pas un bon exemple car je n'avais pas beaucoup de travail avec lui, il avait déjà envie. » M 8

5.7. Questionnaire non validé

- Un seul médecin a fait remarquer que le questionnaire était non validé et le trouvait donc moins intéressant pour sa pratique :

« Alors s'il n'est pas validé il est beaucoup moins intéressant, il faut optimiser le temps autant utiliser des outils validés (...) c'est vachement important pour moi. » M 10

6. Améliorations proposées par les médecins

6.1. Dans les modalités de réalisation

- Afin de remédier au problème du temps en consultation certains médecins préconisaient la réalisation du questionnaire par avance par le patient en salle d'attente ou à leur domicile :

« Pas forcément le temps de le faire. Plus leur donner et ils le font à la maison. » M 3

- D'autres médecins optaient pour une consultation dédiée :

« (...) donc il vaudrait mieux les revoir juste pour ça. » M 4

- Une partie des médecins préférait l'utiliser en auto-questionnaire, quant aux autres ils jugeaient plus positif d'accompagner les patients dans la réalisation du questionnaire :

« C'est pour ça que je le fais à l'oral, c'est d'interagir avec lui car ce n'est pas toujours facile de se mettre dans des cases, de plus le fait de le faire à l'oral ça permet de se rendre compte. (...) et cela permettait d'ajuster un petit peu (...) donc on essaye de faire le point ensemble. » M 6

- connaissance du questionnaire par le médecin :

Certains médecins considéraient que s'ils avaient mieux pris connaissance du questionnaire avant la consultation ils l'auraient peut-être mieux appréhendé:

« Oui je n'ai pas eu le temps de le lire avant, je n'ai peut-être pas fait comme il faut. » M 9

6.2. Modifications à apporter au questionnaire

- Certains ajouteraient une notion d'intensité de l'effort pour chaque item :

« (...) mais l'intensité de l'activité physique est intéressant à avoir, (...), donc je pense que chaque question pourrait être modulée d'une question sur l'intensité. » M 5

- D'autres modifieraient certaines questions :

« (...) c'est plus sur le changement des items où je modifierais ou j'adapterais par rapport au travail. » M 7

- Deux médecins remanieraient les catégories du score final :

« Et la cotation du score où je trouve ça assez restreint, est-ce qu'il ne faudrait pas ajouter une catégorie, entre très inactif et actif, modérer un peu. » M 7

6.3. Des éléments à ajouter au questionnaire

- Plusieurs médecins trouvaient bon d'apporter la notion de plaisir au questionnaire jugeant que cela joue un rôle important dans la motivation du patient :

« Oui la notion de plaisir car je suis persuadé que pour quelqu'un qui prend du plaisir dans l'activité physique ça marche. Ceux qui sont contraints et forcés ça dure un mois, l'obligation ça ne marche pas, ce qui marche c'est la motivation » M 8

- D'autres proposaient d'ajouter un agenda physique, ou la possibilité d'ajouter un commentaire libre.

IV. DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Choix d'une étude qualitative

Le choix s'est tourné vers une étude qualitative afin d'étudier les opinions des médecins sur l'utilisation du questionnaire dans leur pratique au quotidien. Obtenir le côté subjectif de leur appréciation était primordial.

Cette étude comporte un biais d'interprétation. Ceci est inhérent à la recherche qualitative. Ce biais a été limité par la triangulation du codage lors des premières étapes de l'analyse thématique.

1.2. Choix de l'entretien semi-dirigé en individuel

Dans cette étude, l'important était de découvrir le ressenti des médecins sur l'utilisation du questionnaire, sur leur prise en charge habituelle de l'activité physique des patients diabétiques, mais également connaître les facteurs qui pouvaient les influencer.

L'utilisation d'un entretien semi-directif dans cette étude permet de laisser suffisamment de marge de manœuvre aux médecins dans leur réflexion et leurs réponses tout en respectant le cadre de l'entretien prévu à l'origine, permettant ainsi d'aborder l'ensemble des thèmes souhaités.

Il s'agissait d'une première expérience dans la réalisation d'un entretien individuel semi-dirigé. Le suivi des questions du guide d'entretien a peut-être été parfois trop omniprésent et a ainsi pu diminuer la chance pour les médecins de s'exprimer librement. De même, le manque d'expérience a pu engendrer quelques entretiens de durée limitée insuffisamment approfondis.

De plus, il existe un biais de suggestion lors de l'entretien semi-directif car lors de la réalisation du guide d'entretien et de l'enquête, les recherches de l'enquêteur et ses propres croyances peuvent influencer les questions posées dans le guide d'entretien ainsi que leur formulation.

Du fait de difficultés à recevoir leur ressenti, il a été parfois nécessaire de recourir pour certains médecins à des questions plus directives ce qui a ainsi pu diminuer l'exploration maximale de leur expérience.

L'utilisation personnelle du questionnaire par chaque médecin justifie le choix d'un entretien individuel et non d'un focus group.

1.3. Choix du questionnaire de RICCI et GAGNON modifié

Bien que ce questionnaire ne soit pas le plus connu par les médecins généralistes, il est cependant souvent utilisé dans les réseaux diabète ainsi que dans les études récentes qui explorent la prescription d'activité physique sur ordonnance réalisées à Biarritz (19), Chambéry (20), Strasbourg (21).

Il est également explicitement cité dans le guide HAS « Guide de parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte » mars 2014 (18) pour évaluer le niveau d'activité habituel.

Aussi, après de nombreuses recherches bibliographiques et bien qu'aucune étude ne se soit intéressée à sa reproductibilité et sa validité (22), il a semblé, en comparaison avec le questionnaire d'activité physique de Dijon et le questionnaire IPAQ qui eux sont validés, être le plus intuitif et le plus adapté à la consultation de médecine générale. Cependant la non validation du questionnaire Ricci et Gagnon pourrait freiner certains médecins en cas de généralisation.

Le choix s'est porté sur le questionnaire de Ricci et Gagnon modifié par F.Laureyns et JM Séné dans lequel une question sur la sédentarité a été ajoutée (combien de temps par jour passez-vous en position assise ?). En effet il est important de dépister le niveau d'activité physique mais également celui de la sédentarité. Ainsi dans les recommandations de la Société Française de diabétologie de 2012 (23), la lutte contre la sédentarité est un objectif essentiel.

Enfin, afin d'agréments et d'élargir son utilisation, il a paru nécessaire qu'il soit employé de façon motivationnelle. La seule fonction d'obtenir un chiffre sur le niveau d'activité physique semblait insuffisante pour initier une prise en charge globale du patient.

1.4. Choix de la population

De par le vœu d'une utilisation motivationnelle du questionnaire, le choix s'est porté exclusivement sur une population de médecins formés à l'entretien motivationnel.

Or, ce type de formation reste encore peu généralisé. C'est pourquoi il a fallu prendre contact avec des médecins du Loiret ayant assisté principalement à la même formation.

De ce fait, il a pu résulter un même modèle de prise en charge, ce qui a ainsi pu diminuer la diversité du groupe recherché. Il s'agissait cependant d'un groupe plutôt hétérogène ce qui nous a permis d'étudier différents points de vue.

Aussi le nombre de médecins sélectionnés a également été limité par ce facteur, la saturation des données a cependant été obtenue après la réalisation des dix entretiens, permettant la validité de l'étude.

Seulement deux hommes ont été interviewés, cela peut s'expliquer par la démographie médicale en médecine générale qui est de plus en plus représentée par des femmes. Nous pouvons également nous demander si ce type de formation n'intéresse pas plus les femmes.

Enfin du fait des difficultés de recrutement des médecins pour l'étude, une remplaçante en médecine générale a participé à l'étude. Celle-ci n'a pas pu revoir ses patients à un mois du fait de son statut de remplaçante. Deux autres médecins n'ont également pas revu leurs patients à un mois du fait d'une non compréhension du déroulement de l'étude pour l'un et

du non-retour du patient à un mois pour l'autre. Leur première expérience de l'utilisation du questionnaire semble leur avoir permis de juger de la place de celui-ci en consultation de suivi. Cependant leur expérience incomplète de l'utilisation du questionnaire a pu modifier les résultats de l'étude.

2. Résultats principaux et comparaison avec la littérature :

2.1. L'outil semble utile, utilisable, mais peu de résultats sur l'activité physique obtenus à un mois

L'ensemble des médecins reconnaissent avoir des difficultés pour explorer l'activité physique des patients diabétiques de type 2. Ceci est lié essentiellement à des réponses approximatives du patient, à la présence de multiples facteurs à prendre en compte et à des notions sur l'activité physique différentes.

Le questionnaire de RICCI et GAGNON a permis aux médecins d'évoquer les différents types d'activité physique avec leurs patients, d'obtenir des réponses plus précises et enfin d'avoir une idée de leur environnement personnel.

De plus, après réalisation de l'étude, la perception des médecins sur l'utilisation du questionnaire est plutôt positive avec en l'occurrence une facilité d'utilisation, une source d'objectifs et une reproductibilité pour le suivi. Cependant les changements mis en place par les patients à un mois ne sont pas si importants.

Plusieurs points peuvent l'expliquer comme par exemple des facteurs freinateurs externes ou internes non présents au début de la prise en charge : l'arrivée d'une pathologie aiguë, un changement dans son environnement ...

De plus, le délai d'un mois utilisé dans cette étude pour réévaluer le patient est très certainement trop court. Le choix de réaliser une réévaluation à un mois était propre à l'étude, mais il est évident qu'une consultation de suivi à trois mois aurait été beaucoup plus représentative de ce que l'on peut faire en médecine générale habituellement. Cela a laissé peu de temps aux patients pour mettre en place leur objectif à l'issue de ce questionnaire, et a ainsi diminué l'effet que l'on aurait pu attendre de cette prise en charge motivationnelle menée dans de meilleures conditions. Cependant l'objectif de l'étude n'était pas d'étudier l'efficacité du questionnaire mais le ressenti des médecins sur l'utilisation de celui-ci.

La nécessité d'un délai de trois mois par exemple ne peut-elle pas s'expliquer par l'ensemble des états par lequel va passer le patient avant d'arriver à la mise en place des objectifs. En effet d'après le modèle transthéorique de changement développé par Prochaska et DiClemente qui est une théorie de changement comportemental basée sur les étapes, les patients passent par une série d'étapes avant de passer à l'action. (Annexe 7)

Ainsi il semble essentiel de laisser du temps au patient afin de réaliser tout ce cheminement vers le changement et de nous adapter aux différents stades de changement du patient dans

notre prise en charge comme il est proposé dans l'article paru dans la Revue Médicale Suisse en 2002 « Comment prescrire en pratique médicale l'activité physique ? » (24) (Annexe 8)

Enfin il est possible que dans l'étude, les patients choisis n'étaient peut-être pas au stade de changement approprié pour commencer l'utilisation du questionnaire. Cette idée de lien entre le niveau de motivation à l'inclusion et la poursuite de l'activité était déjà évoquée dans une étude qui s'intéressait aux facteurs de résistance à la prescription d'activité physique sur ordonnance en Indre et Loire (25).

Il pourrait donc être intéressant d'utiliser une échelle de motivation avant l'utilisation du questionnaire de Ricci et Gagnon afin d'améliorer sa fonction même si au final le principal objectif de la prise en charge reste l'évocation de l'activité physique en général.

2.2. Le manque de temps...

L'une des difficultés rapportée par les médecins dans cette étude semble être le manque de temps en consultation pour mener à bien une consultation motivationnelle à l'aide du questionnaire. Cette difficulté est souvent rapportée dans les études traitant d'éducation thérapeutique (26) où il ressort que les consultations basées sur des entretiens motivationnels demandent du temps aux praticiens.

Egalement dans l'étude menée à Biarritz en 2015 dans le cadre du sport santé sur ordonnance (19) sept médecins sur dix estimaient que le manque de temps mais également le manque de connaissance étaient les freins principaux à la prescription d'une APS en soins primaires. Trois médecins sur dix estimaient que l'acte n'était pas assez valorisé. Dans l'étude menée à Chambéry en 2014 (20) les praticiens proposaient que ce type de prise en charge soit revalorisé ou réalisé lors de consultation dédiée.

Cette question de la revalorisation de la consultation n'a pas été évoquée dans notre étude.

D'autre part, l'HAS recommande dans son guide méthodologique « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques » (27) que les séances individuelles d'ETP durent entre 30 et 45 minutes, ce qui paraît difficile à appliquer au vu de l'offre de soins actuelle en France.

Cependant il existe des solutions à cette problématique de temps comme celles proposées par les médecins de l'étude : la réalisation du questionnaire par le patient à la maison ou en salle d'attente, la consultation dédiée.

Enfin le fractionnement du temps éducatif n'a pas été évoqué dans l'étude mais est utilisé par les médecins interviewés dans la thèse de Mickael Asselin réalisée en 2013 (28). Ce mode de fonctionnement pourrait également être une solution à envisager.

En effet l'ETP individuelle, séquentielle, continue et intégrée aux consultations est déjà pratiquée par certains médecins (29). Elle consiste pour chaque compétence à faire l'objet d'une séquence comportant un diagnostic éducatif, une proposition d'action avec un micro-objectif, une réalisation d'une action entre deux consultations, et une évaluation conjointe patient-médecin lors de la consultation suivante.

2.3. Le plaisir, source de motivation indispensable ?

Comme évoqué par deux des médecins de l'étude, la notion de plaisir n'est pas abordée par le questionnaire de Ricci et Gagnon alors que cette notion semble pour eux importante pour être efficaces dans leur prise en charge.

En effet, dans le livre « Comment motiver le patient à changer ? » (30) le plaisir fait bien partie des facteurs internes influençant la motivation.

Cette notion de plaisir est également reprise par les patients eux-mêmes dans une étude portant sur la place de l'éducation thérapeutique face aux besoins des patients diabétiques de type 2 (31) comme moteur à leur motivation.

Ce concept de plaisir semble donc indispensable à recueillir afin de guider au mieux notre patient dans la réalisation de ses objectifs concernant l'activité physique.

Il pourra donc être recherché de façon simple par la question « Dans quelle activité physique ressentez-vous du plaisir ? » ou encore grâce à l'outil d'évaluation inspiré à partir de la Physical Activity Enjoyment Scale de Kendzierski et Decarlo et proposé dans l'étude « Le plaisir perçu dans la pratique des APS : élaboration d'un outil d'évaluation (32).

Cette notion de plaisir n'est-elle pas également la clé au maintien de l'activité ?

2.4. Intérêt d'un score final ?

Une première question à se poser est l'utilité d'un score en médecine. En effet la plupart du temps le score est utilisé par le médecin comme aide à la prise de décision, il permet de faire des choix mais cela de façon plutôt systématique comme par exemple avec le score de Genève pour l'embolie pulmonaire et le score de CHADS'2 dans le cadre de la fibrillation atriale. Or dans la prise en charge motivationnelle, nous recherchons plutôt une prise en charge personnalisée, une auto décision.

Nous pouvons constater avec les différents patients de l'étude que le score n'est pas source d'objectif, c'est la réalisation du questionnaire dans son ensemble qui l'est, y a-t-il donc un intérêt à le calculer ?

L'obtention d'un score n'est-il pas perçu comme stigmatisant, comme un jugement ?

Les médecins dans l'étude semblent être à plusieurs reprises gênés par le score obtenu par leur patient, quant aux patients, ils semblent plutôt bien prendre la chose. Il serait donc intéressant de réaliser une étude ultérieure pour évaluer le ressenti du patient sur l'utilisation du questionnaire et l'obtention d'un score.

Il est également important de noter que lors de la recherche bibliographique, aucune étude s'intéressant au vécu des patients face à un score n'a été trouvée. C'est pourtant un élément essentiel car leur réaction au score peut influencer la suite de la prise en charge.

Enfin le résultat du score paraît ne pas être tout à fait représentatif de l'activité physique du patient avec des catégories non adaptées. Cela a également été ressenti par les médecins ayant participé à une étude menée à Chambéry (20) où il ressort que le patient pouvait être considéré à tort comme actif alors qu'il s'agissait d'un patient lourd ou au contraire comme peu actif si le questionnaire avait été mal rempli.

2.5. Outil imparfait comme tous les outils

La proposition faite aux médecins était d'utiliser un outil plutôt standardisé : le questionnaire de Ricci et Gagnon et d'explorer comment ils pouvaient l'exploiter.

L'outil était le même pour tous les médecins et pourtant il n'a pas été utilisé de la même façon. Certains l'ont donné à remplir par les patients, d'autres les ont accompagnés pour remplir le questionnaire en leur lisant et commentant les items, enfin d'autres ont rencontré des difficultés dans son utilisation du fait de la non connaissance de l'outil.

Mais comment un même outil peut-il être appliqué de manière différente ?

Il semble que les médecins ont vraiment à cœur de personnaliser leur prise en charge, il est nécessaire que l'outil puisse s'adapter à leur personnalité et habitudes de prise en charge et également à la personnalité du patient.

Ainsi l'outil pour atteindre son utilisation optimale doit pouvoir être modulé et agrémenté par le médecin.

Comme dans l'article « Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple de diabète de type 2 » (33) où les médecins estiment que « l'uniformisation » des pratiques induit un contrôle de leur exercice et introduit des normes, ce qu'ils rejettent vivement et estiment être contradictoire avec l'exercice de la médecine générale ambulatoire. Celle-ci, disent-ils, doit, au contraire, surtout ne pas être normative mais s'inscrire dans le cadre de l'interaction avec les patients.

Cependant pour être employé de façon personnalisée l'outil ne doit-il pas être bien connu par le médecin afin d'en appréhender toutes les subtilités.

Une formation initiale à l'outil semble donc indispensable. Ainsi dans notre étude il a sûrement manqué une préparation à l'outil car finalement beaucoup de médecins ne le connaissent pas malgré la participation à des formations à l'entretien motivationnel. Dans l'étude (20) les médecins évoquaient également la nécessité d'avoir une formation à l'utilisation du questionnaire de Ricci et Gagnon.

Il serait donc intéressant de réaliser à nouveau l'étude avec des médecins formés pour mettre en évidence l'utilisation optimale que l'on peut faire du questionnaire de RICCI et GAGNON en médecine générale.

2.6. Quel financement pour l'activité physique ?

L'amélioration de la prise en charge de l'activité physique des patients diabétiques de type 2 repose dans un premier temps sur les médecins généralistes avec l'accompagnement du patient dans la réalisation de ses objectifs mais également sur l'accessibilité à des activités physiques adaptées à ce type de patients. Malheureusement ceux-ci se heurtent à un manque de réseau en aval.

Comme le soulèvent certains médecins de l'étude « à qui revient le rôle de mettre en place ces structures et comment doivent-elles être financées ? »

En effet d'après le travail d'un groupe d'experts en 2008 (34) l'économie annuelle de dépenses de santé entre un actif et un inactif serait de l'ordre de 250€ par individu. De plus d'après l'étude « Le réentraînement à l'activité physique dans le diabète de type 2 réduit les dépenses de santé : résultats d'une étude prospective. » (35) le coût total des dépenses de santé sur un an baissait de 50% chez les patients suivis par un programme de réentraînement car il y avait moins d'hospitalisations et les posologies des traitements diminuaient. Alors pourquoi l'état n'investit-il pas plus pour former des éducateurs sportifs spécialisés ou mettre à disposition des locaux et du matériel pour les plus défavorisés ?

De même, alors qu'un décret a été publié le 31 décembre 2016 précisant les modalités de prescription et de dispensation d'une "activité physique adaptée" dans le cadre d'une affection de longue durée inscrite en ALD, il n'a pas été prévu que tous ces patients puissent prétendre pouvoir s'inscrire gratuitement à une activité physique.

Certaines villes sport santé comme Strasbourg se sont quant à elles engagées à financer une grande partie des dépenses pour l'activité physique. Même si dans l'étude s'intéressant aux déterminants de la prescription d'activité physique à Biarritz (19) ce qui ressort très majoritairement des entretiens est l'idée qu'il faut payer pour s'impliquer et se responsabiliser. Ce qui est gratuit n'a pas de valeur.

Une convention de partenariat entre les doyens de STAPS et les doyens des facultés de médecine a été signée en novembre 2012 (36) s'intéressant à la façon d'organiser et promouvoir l'activité physique pour la santé dans le domaine universitaire du soin et de la recherche. Ainsi les objectifs fixés étaient les suivants : améliorer le niveau de connaissance de l'activité physique auprès des professionnels de santé, améliorer la culture médicale auprès des professionnels de l'activité physique adaptée, organiser et promouvoir l'offre de formations et favoriser la coordination entre eux .

D'autre part de nouvelles ressources s'ouvrent à nous grâce aux fédérations sportives qui s'intéressent de plus en plus aux patients atteints de maladie chronique comme la Fédération Française Sport Pour Tous et son programme « DIABETACTION », les clubs FFEPGV ou les associations comme Siel bleu.

Nous pouvons donc constater que plusieurs pistes se mettent en place mais le chemin semble encore long pour faire accepter à notre société l'importance de la prise en charge de l'activité physique pour le bien-être et la santé de la population

V. CONCLUSION

Cette étude qualitative a permis de mettre en évidence dans un premier temps les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'encadrement de l'activité physique des patients diabétiques de type 2 du fait de facteurs limitants internes et externes au patient à prendre en compte ainsi que du fait de la problématique de la motivation .

Le questionnaire de Ricci et Gagnon, malgré sa non validation, a su répondre aux besoins des médecins dans cette prise en charge motivationnelle de l'activité physique, de par son utilisation facile et rapide, son évaluation complète de l'activité physique source d'objectifs pour le patient et de par sa reproductibilité en consultation de suivi.

Cependant certains points lui ont été reprochés comme son côté parfois trop exhaustif, la présence de questions inadaptées en lien avec l'activité professionnelle ou non du patient ou encore une répétition dans l'évocation des activités.

D'autre part, personnaliser ce nouvel outil semble nécessaire afin de répondre aux spécificités du patient et du médecin.

Le score final apportait quant à lui peu d'informations et pouvait être au contraire stigmatisant et ainsi être à l'origine d'un sentiment d'échec.

La résolution du manque de réseaux et de moyens est restée au centre des préoccupations des médecins interrogés, ainsi que la recherche de la notion de plaisir lors de la réalisation de l'activité physique.

Pour faire suite à l'accueil favorable des médecins, recueillir le ressenti des patients diabétiques sur l'utilisation du questionnaire pourrait être intéressant dans la perspective d'une étude de validation du questionnaire de RICCI et GAGNON.

VI. BIBLIOGRAPHIE :

- (1) Mandereau-Bruno L, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement (tous types) en France en 2015. Disparités territoriales et socio-économiques. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(27-28):586-91. Disponible sur http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/27-28/2017_27-28_3.html
- (2) Fagot-Campagna A, Romon I, Fosse S, Roudier C. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France – Synthèse épidémiologique. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, novembre 2010, 12 p. Disponible sur : www.invs.sante.fr.
- (3) Charbonnel B, Simon D, Dallongeville J, Bureau I, Leproust S, Levy-Bachelot L, Gourmelen, Detournay B. Coût du diabète de type 2 en France : Résumés des communications du congrès annuel de la SFD et de la SFD Paramédical ; Métabolisme, March 2016 ; Volume 42 : Pages A2 Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/1040753/article/co-04-cout-du-diabete-de-type-2-en-france>
- (4) Druet C, Roudier C, Romon I, Assogba F, Bourdel-Marchasson I, et al. Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2010. Caractéristiques, état de santé, prise en charge et poids économique des personnes diabétiques. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2013. 140 p.
- (5) Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001;344(18):1343-50.
- (6) Thomas DE, Elliott EJ, Naughton GA. Exercise for type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 19 juill 2006;(3):CD002968.
- (7) Najafipour F, Mobasseri M, Yavari A, et al. Effect of regular exercise training on changes in HbA1c, BMI and V02max among patients with 2 diabetes mellitus: an 8-years trial. BMJ Open Diab Res Care 2017 ;5 (1).Disponible sur: <http://drc.bmj.com/content/5/1/e000414.abstract>
- (8) OMS : Organisation Mondiale pour la Santé. Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé.2010. Disponible sur http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/
- (9) HAS : Haute Autorité de Santé. Recommandations de Bonne Pratique. « Traitement médicamenteux du diabète de type 2 » (Actualisation) Novembre 2006. Disponible sur http://www.omedit-hautenormandie.fr/Files/108_recommandations_bon_usage_diabete_type_2.pdf
- (10) Simon C, Chabrier G. Comment prescrire l'activité physique en pratique médicale? . annales d'endocrinologie,2005 ;66,2 ,cahier 3 :2S29-2S35
- (11) HAS : Haute Autorité de Santé. Recommandations: Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. Juin 2007.Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
- (12) Duke S-AS, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 21 janv 2009;(1):CD005268.

- (13) Benarous X, Legrand C, Consoli S.M. L'entretien motivationnel dans la promotion des comportements de santé : une approche de la relation médecin/malade. *La revue de médecine interne*,2014;35 :317-321
- (14) Martins RK, McNeil DW. Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clin Psychol Rev.*2009Jun;29(4):283-93.
- (15) Miller W, Rollnick S. L'entretien motivationnel - Aider la personne à engager le changement. 2e éd.Paris: InterEditions. 2013.434p
- (16) Oppert J.M. L'activité physique comme moyen de traitement du diabète de type 2 : l'aspect concret et interventionnel. *Annales d'Endocrinologie.*2004 ; Vol 65, N° SUP 1, pp. 158. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/76317>
- (17) Bourit O, Drahi E. Éducation thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. *MÉDECINE.* mai 2007 : p229-234.
- (18) HAS : Haute Autorité de Santé. « Guide de parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte » mars 2014. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf
- (19) Pitarch J. Déterminants de la prescription d'activité physique : étude qualitative auprès des 21 médecins de l'expérience Sport-Santé sur ordonnance menée à Biarritz en 2015. Thèse de médecine. Université Poitiers ; 2016,78p
- (20) Reinert-Giraud C, Perdrix C. Comment résoudre les difficultés de prescription de l'activité physique sur ordonnance ? : étude qualitative auprès de neuf médecins chambériens de l'expérimentation "Bouger sur prescription". Thèse de médecine .Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2014,201p
- (21) Quaille C ; Lecocq J. Prescription d'activité physique par le médecin généraliste : étude de 100 patients inclus dans le dispositif strasbourgeois "Sport santé sur ordonnance". Thèse de médecine. Université de Strasbourg ; 2016
- (22) Vuillemin A, Speyera E, Simon C, et al. Revue critique des questionnaires d'activité physique administrés en population française et perspectives de développement. *Cahier de nutrition et de diététique .*2012 ;47 :234-241
- (23) Duclos M, Oppert J, Vergès B, al. Activité physique et Diabète de type 2.Referentiel de la Société francophone du diabète (SFD), 2011. *Médecine des maladies Métaboliques .*Février 2012 ;Vol. 6 - N°1 :80-96
- (24) Amati F, Patella M, Golay A . Comment prescrire en pratique médicale l'activité physique ? *Revue Médicale Suisse ,*2002; volume -2 : 2394.
- (25) Lesage C. Facteurs de résistance à la prescription d'activité physique sur ordonnance : enquête auprès des médecins généralistes d'Indre-et-Loire. Thèse de médecine. Université François Rabelais Tours ;décembre 2016,86p
- (26) Persson G, Brorsson A, Ekvall Hansson E, Troein M, Strandberg EL. Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner's perspective – a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 29 août 2013;14(1):128.
- (27) HAS : Haute Autorité de Santé. Guide Méthodologique « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques » Juin 2007. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf

- (28) Asselin M. Formation médicale continue en éducation thérapeutique du patient : qu'en font les médecins généralistes ? Enquête qualitative à partir d'un questionnaire et de 9 entretiens semi-dirigés. Thèse de médecine .Université François Rabelais Tours ; mars 2013, 179p
- (29) Drahi E. ETP séquentielle en médecine générale. Revue du Praticien de Médecine Générale. Tome 24. N° 847. du 4 au 8 OCTOBRE 2010.p539-541
- (30) Golay A, Lagger G, Giordan A. Comment motiver le patient à changer ? MALOINE, 2009
- (31) Simon E. Place de l'éducation thérapeutique face aux besoins des patients diabétiques de type 2, étude qualitative par entretiens semi directifs .Thèse de médecine. Université de Nantes ;novembre 2012,222p
- (32) Delignières D, Perez S. Le plaisir perçu dans la pratique des aps : élaboration d'un outil d'évaluation .Revue S.T.A.P.S, 1998 ;n°45 :7-18 Faculté des Sciences du Sport et de l'Education Physique Université Montpellier
- (33) Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. Science sociales et santé.2006 ; Volume 24 n°2 :75–103
- (34) Impact des activités physiques et sportives sur les dépenses de santé. Conseil national des activités physiques et sportives. JUIN 2008
- (35) Brun J-F, Bordenave S, Ghanassia E, Picot M-C, Jausset A, Mercier J, et al. Le réentraînement à l'activité physique dans le diabète de type 2 réduit les dépenses de santé : résultats d'une étude prospective. Sci Sports. 1 juin 2008;23(3):193-7.
- (36) Convention de partenariat entre la conférence des directeurs et doyens de STAPS et la conférence des doyens des facultés de médecine. « organiser et promouvoir l'activité physique pour la santé dans le domaine universitaire, du soin et de la recherche. » Novembre 2012

Annexe 1. Liste des abréviations

ALD : Affection de Longue Durée

AP : Activité Physique

APS : Activité Physique et Sportive

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

EM : Entretien Motivationnel

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FFEPGV : Fédération Française d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IPAQ : International Physical Activity Questionnaire

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé

SFD : Société Française de Diabétologie

STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

VO2max : Volume d'Oxygène maximal

Annexe 2. Mail de demande de participation à l'étude envoyé aux médecins

Chère consœur, Cher confrère,

Jeune médecin remplaçante dans le Loiret, je réalise actuellement mon travail de thèse qui s'intéresse à l'activité physique des diabétiques de type 2 et à leur prise en charge en cabinet de médecine générale.

Consciente des difficultés que nous rencontrons en tant que médecins généralistes pour prendre en charge nos patients diabétiques, de plus en plus nombreux, j'ai souhaité m'intéresser à ce sujet.

En effet nous connaissons tous l'importance de la modification du mode de vie de nos patients diabétiques (diététique et activité physique) mais encore faut-il savoir comment initier le changement, avoir un moyen pour évaluer leur niveau initial d'activité physique, connaître leurs limites et pour les accompagner dans leur changement de vie et en assurer le maintien.

Aussi, je pense que l'utilisation du questionnaire de Ricci et Gagnon associée à l'entretien motivationnel peut répondre à ce nouveau type de prise en charge globale.

Je suis à la recherche de médecins ayant participé à une formation sur l'entretien motivationnel, je me permets donc de solliciter votre participation.

Si vous en êtes d'accord, je vous demanderais d'utiliser le questionnaire de Ricci et Gagnon (questionnaire validé par l'HAS dans l'évaluation de l'activité des diabétiques de type 2) en consultation motivationnelle avec au moins un patient diabétique de type 2, puis de discuter de cette expérience lors d'un entretien individuel avec moi.

Je souhaiterais que suite à notre collaboration, de nouvelles solutions puissent être envisagées afin d'améliorer toujours plus notre accompagnement de nos patients diabétiques.

Ma thèse est codirigée par Adrien DUMAS.

Les entretiens resteront anonymes.

Les résultats de ma thèse vous seront communiqués par mail si vous le souhaitez.

Vous pouvez me contacter par téléphone au 06 XX XX XX XX ou par mail à l'adresse suivante, [REDACTED] afin de confirmer votre participation.

En vous remerciant de l'intérêt que vous pourrez porter à mon travail, veuillez agréer, Chère consœur, Cher confrère, l'assurance de mes sentiments distingués.

Julie THOMAS

Annexe 3. Guide d'entretien

1. Prise en charge habituelle de l'activité physique de leurs patients diabétiques :

- Racontez-moi votre dernière consultation avec un patient diabétique de type 2 au sujet de son activité physique ? Quel en est votre ressenti ? En êtes-vous satisfait ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ? Pouvez-vous me décrire une situation où vous étiez en difficulté pour aborder le sujet ? Et comment vous en êtes-vous sorti ?
- Que pensez-vous des résultats suite à votre prise en charge de l'activité physique ?
- Quelles sont les méthodes motivationnelles que vous utilisez avec vos patients diabétiques ?
- Utilisez-vous des outils dans votre prise en charge motivationnelle ? si oui lesquels ? et concernant l'activité physique ? (échelles, questionnaires)
- Avez-vous déjà entendu parler du Ricci et Gagnon ? Si oui quel était votre avis sur celui-ci ?

2. De quelles manières ont-ils utilisé le questionnaire de RICCI et GAGNON ?

- Avez-vous utilisé le test ? Si non pourquoi ?
- Quelles étaient les caractéristiques du patient pour lequel vous avez réalisé le test ? Pourquoi l'avez-vous utilisé avec ce patient en particulier ?
- Comment avez-vous utilisé le questionnaire de RICCI et GAGNON ?
- Racontez-moi comment vous l'avez proposé ?
- L'avez-vous utilisé à plusieurs reprises lors de vos consultations ? (comment l'avez-vous remis)
- Expliquez-moi comment avez-vous travaillé sur un item par exemple

- A la suite de votre prise en charge une décision a-t-elle été prise ? Comment avez-vous fait ? De quel type de décision il s'agissait ?
- Quelle a été votre prise en charge suite à l'utilisation du questionnaire ? Avez-vous fait appel à votre réseau ?
- Comment avez-vous jugé votre relation avec le patient au cours de la prise en charge ? Quelle était l'ambiance de la consultation ?

3. Les difficultés et freins de l'utilisation de RICCI et GAGNON ?

- Comptez-vous le réutiliser ? Utilité dans votre pratique à venir ?
- Notez-le entre 0 et 10 ? Et pourquoi cette note et pas une autre ? Pourquoi pas zéro, que manque-t-il pour que ce soit 10 ?
- Quelles ont été les difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'activité physique suite à l'utilisation du questionnaire ?
- Pourquoi ces difficultés ont-elles été rencontrées ?

4. Quelles sont les modifications à apporter à ce questionnaire? Et à la prise en charge en générale de l'activité physique ?

- De manière générale quelles sont vos attentes face à un questionnaire d'activité physique ? Ce test a t- il répondu à ces attentes ?
- Quels sont pour vous les autres facteurs à améliorer dans la prise en charge de l'activité physique des diabétiques de type 2 ?

Annexe 4. Questionnaire de Ricci et Gagnon modifié

TEST D'AUTO EVALUATION

(D'après J. Ricci et L. Gagnon, université de Montréal, modifié par F. Laureyns et JM. Séné)

Le questionnaire d'auto-évaluation permet de déterminer votre profil : inactif, actif ou très actif ?

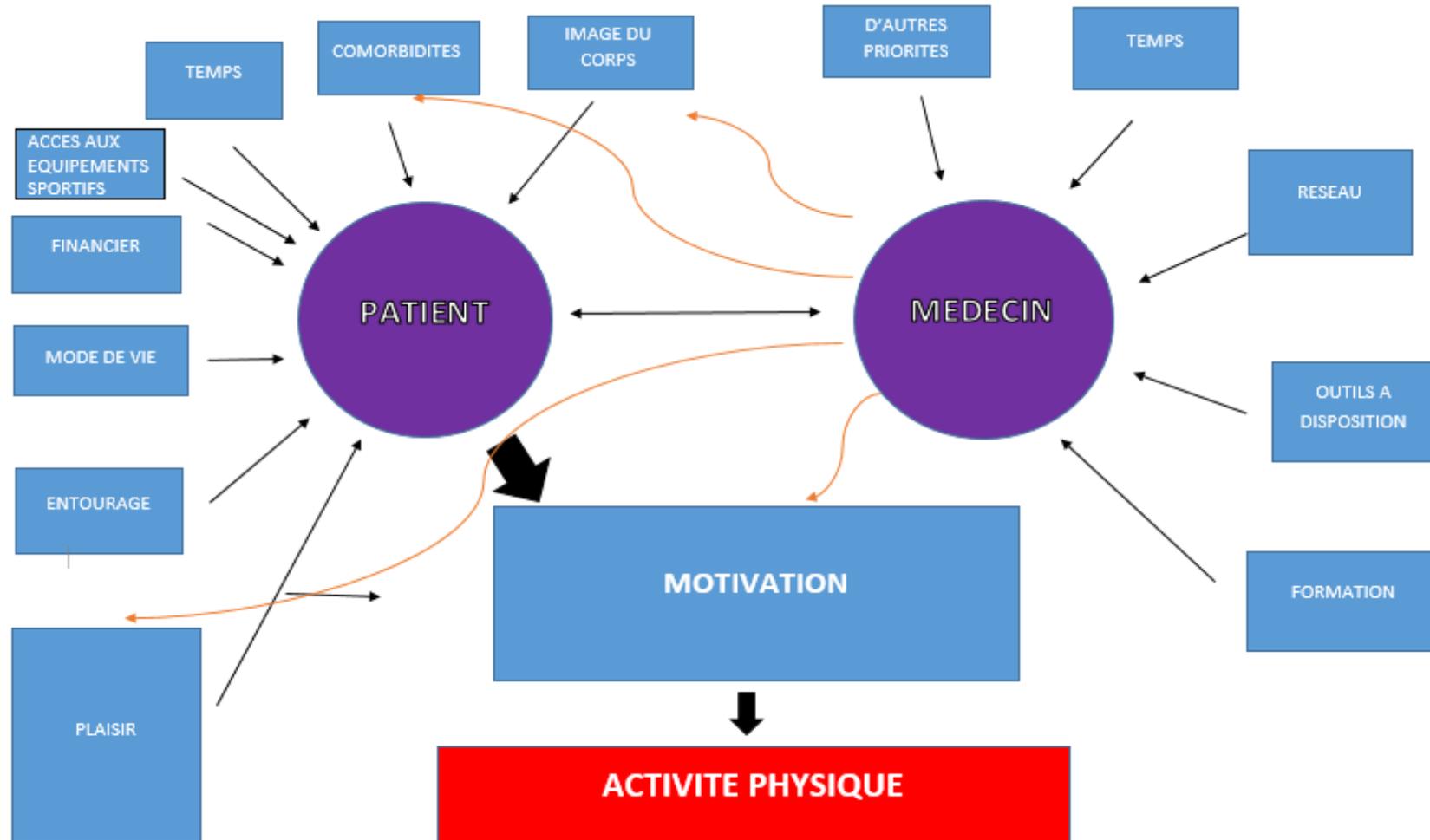
Calculez en additionnant le nombre de points (1 à 5) correspondant à la case cochée à chaque question.

	POINTS					SCORES
(A) COMPORTEMENTS SEDENTAIRES	1	2	3	4	5	
Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisirs, télé, ordinateur, travail, etc.) ?	+ de 5 h <input type="checkbox"/>	4 à 5 h <input type="checkbox"/>	3 à 4 h <input type="checkbox"/>	2 à 3 h <input type="checkbox"/>	Moins de 2 h <input type="checkbox"/>	
Total (A)						
(B) ACTIVITES PHYSIQUES DE LOISIR (DONT SPORTS)	1	2	3	4	5	SCORES
Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ?	Non <input type="checkbox"/>				Oui <input type="checkbox"/>	
A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?	1 à 2 fois / mois <input type="checkbox"/>	1 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	2 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	3 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	4 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	
Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>	
Habituellement comment percevez-vous votre effort ? Le chiffre 1 représentant un effort très facile et le 5, un effort difficile.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
Total (B)						
(C) ACTIVITES PHYSIQUES QUOTIDIENNES	1	2	3	4	5	SCORES
Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?	Légère <input type="checkbox"/>	Modérée <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Intense <input type="checkbox"/>	Très intense <input type="checkbox"/>	
En dehors de votre travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers : bricolage, jardinage, ménages, etc. ?	Moins de 2 h <input type="checkbox"/>	3 à 4 h <input type="checkbox"/>	5 à 6 h <input type="checkbox"/>	7 à 9 h <input type="checkbox"/>	Plus de 10 h <input type="checkbox"/>	
Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>	
Combien d'étages, en moyenne, montez-vous à pied chaque jour ?	Moins de 2 <input type="checkbox"/>	3 à 5 <input type="checkbox"/>	6 à 10 <input type="checkbox"/>	11 à 15 <input type="checkbox"/>	Plus de 16 <input type="checkbox"/>	
Total (C)						
Total (A)+(B)+(C)						

RESULTATS

- Moins de 18 : Inactif
- Entre 18 et 35 : Actif
- Plus de 35 : Très actif

Annexe 5. Schéma explicatif des facteurs intervenant lors de la prise en charge de l'activité physique des patients diabétiques de type 2



Annexe 6. Les points positifs et négatifs du questionnaire de RICCI et GAGNON



POINTS POSITIFS

- ✓ utilisable en consultation
- ✓ simple et compréhensible
- ✓ réalisation rapide
- ✓ évaluation complète de l'activité physique
- ✓ intensité de l'effort recherchée
- ✓ sédentarité explorée
- ✓ source d'objectifs
- ✓ reproductible pour consultation de suivi
- ✓ permet la valorisation du patient

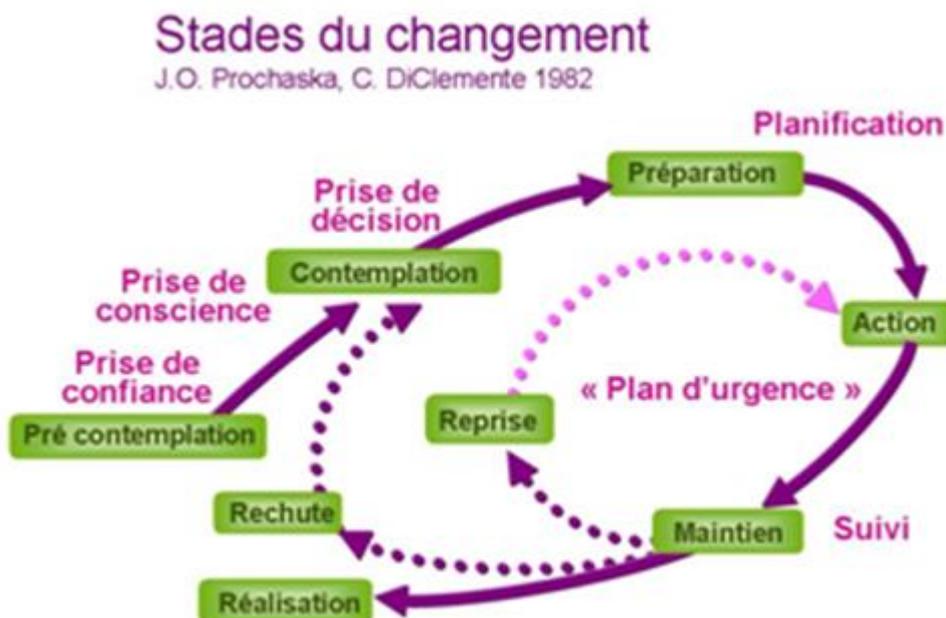
POINTS NEGATIFS

- ✓ réalisation nécessite du temps
- ✓ multitudes de questions
- ✓ certaines questions inadaptées
- ✓ incidence sur le score de l'activité professionnelle ou non
- ✓ score non contributif et stigmatisant
- ✓ pas de résultat à un mois
- ✓ questionnaire non validé

Annexe 7. Le modèle Transthéorique développé par Prochaska et DiClemente

Il se décline en **cinq étapes** par lesquelles les individus passent, en général, pour apporter un changement durable d'attitude et de comportement.

- 1. Pré contemplation** : La personne n'a pas l'intention de modifier ses habitudes, voire, refuse de reconnaître qu'elle aurait intérêt à changer.
- 2. Contemplation ou réflexion.** La personne est sensibilisée et cherche de l'information sur l'habitude à changer. Elle discute du problème avec d'autres personnes et réfléchit à des solutions éventuelles pour y remédier. Il se peut qu'elle soit en situation de détresse, mais qu'elle se sente incapable de passer à l'action.
- 3. Préparation/décision.** La personne s'engage à apporter le changement à l'habitude visée puisqu'elle croit pouvoir y arriver. Elle met en place les conditions pour être en mesure de passer à l'action prochainement et en fait part à son réseau social.
- 4. Action.** La personne adopte le changement souhaité selon la stratégie choisie.
- 5. Maintien.** La personne maintient l'adoption du comportement et évite la rechute.



Annexe 8. Modèle d'adaptation de prise en charge selon le stade de motivation

Précontemplation	<p>Les programmes de promotion de la santé traditionnels ne sont souvent pas adaptés aux individus à ce stade qui sont souvent décrits comme «résistants ou pas motivés»</p> <p>Le but de l'intervention thérapeutique est ici d'augmenter leur prise de conscience et les encourager à penser sur la possibilité d'un changement Pour ce faire, on peut donner des informations du pourquoi le changement est important à nos yeux (médicalement et scientifiquement parlant), de l'impact sur la vie et la qualité de vie</p> <p>Pour chaque individu, il est important de lui donner le choix, explorer les barrières au changement du comportement (pourquoi pas moi) et lui donner une écoute empathique et réfléchie Il nous faut être respectueux et considérant, ils ont probablement besoin de temps</p> <p>De manière imagée, on peut comparer ceci à planter une graine et la laisser pousser à son rythme, sans vouloir nécessairement tout changer</p>
Contemplation	<p>Le but des interventions est ici de se centrer sur un comportement donné pour maximaliser les chances de succès</p> <p>Penser aux changements, aux avantages du nouveau comportement et visualiser le succès sont des outils pour résoudre l'ambivalence des individus à ce stade. La comparaison des effets positifs et négatifs du changement à ceux du non-changement, peut permettre à l'individu d'organiser sa pensée et de prendre conscience de ses croyances</p> <p>Les aider à développer un langage de «je veux» à la place de «je dois» peut leur donner envie de développer une attitude différente</p>
Préparation	<p>C'est ici que nos programmes traditionnels orientés vers l'action ont le plus de succès</p> <p>La tâche ici n'est pas de motiver mais de trouver une stratégie qui soit acceptable, accessible, appropriée et efficace Explorer un plan précis et aller dans les détails pratiques, en anticipant les problèmes et les pièges</p> <p>On peut les aider à se préparer mentalement et émotionnellement à ce qui est nécessaire d'être fait. La poursuite du soutien pour résoudre leur ambivalence est importante, ainsi que leur montrer leur force et leur niveau d'engagement</p>
Action	<p>A ce stade, il est important de :</p> <ul style="list-style-type: none">- Identifier et récompenser les succès afin d'augmenter leur sentiment de réussite- Réaffirmer leur décision- Développer des solutions et des plans pour dépasser les obstacles- Identifier et utiliser des stratégies pour prévenir les rechutes, les anticiper et les préparer pour les situations de crises
Maintenance	<p>Il est important de continuer à offrir un soutien, d'aider nos patients à renouveler leur engagement personnel et à garder la concentration</p> <p>Nos interventions doivent leur permettre de :</p> <ul style="list-style-type: none">- Maintenir un feed-back constant- Identifier et mettre en place des stratégies pour prévenir les rechutes- Revoir de manière régulière les raisons de leur modification de comportement et identifier les bénéfices qu'ils ont obtenus

Annexe 9. Avis favorable du Comité d'éthique



**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

AVIS

Responsable de la recherche : Dr Julie THOMAS

Titre du projet de recherche : Explorer la perception des médecins généralistes de l'utilisation motivationnelle du questionnaire de Ricci et Gagnon dans la prise en charge de l'activité physique des diabétiques de type 2 en consultation de médecine générale en région Centre.

N° du projet : 2016 071

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

- FAVORABLE
- DÉFAVORABLE
- SURSIS A STATUER
- DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE

au projet de recherche n° 2016 071

A Tours, le 16 novembre 2016

Dr Béatrice Birmelé
Directrice ERERC

Annexe 10. Transcription des entretiens

Lien google drive :

https://drive.google.com/drive/folders/1OAQYcqV_FdAU8Js1q_Z8HZxyN3syS_i4

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

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

THOMAS Julie

56 pages – 1 tableau – 1 schéma

Résumé :

Contexte : L'activité physique fait partie de la prise en charge initiale du diabète de type 2 et fait l'objet de recommandations. L'accompagnement de l'activité physique par le médecin généraliste reste difficile mais son intégration dans une démarche d'entretien motivationnel peut être une solution. Le questionnaire de Ricci et Gagnon est recommandé par la HAS pour évaluer le niveau d'activité physique des diabétiques de type 2. Cette étude s'intéressait au retour d'expérience et avis des médecins généralistes formés à l'entretien motivationnel après utilisation du questionnaire de RICCI et GAGNON dans la prise en charge de l'activité physique des patients diabétiques de type 2.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de dix médecins généralistes du Loiret. Une analyse thématique a été réalisée après retranscription intégrale des verbatim.

Résultats : L'ensemble des médecins partageaient une volonté de prise en charge globale de l'activité physique mais avouaient se heurter à un manque de motivation des patients. Ils étaient satisfaits de l'utilisation du questionnaire de par son emploi facile, son évaluation complète et sa reproductibilité en consultation de suivi. Il a été source d'objectifs pour les patients. Toutefois la multitude de questions, dont certaines inadaptées, pouvait être un frein à son utilisation. Le score final n'était pas contributif et considéré comme stigmatisant.

Conclusion : Le questionnaire de RICCI et GAGNON a été bien accueilli par les médecins généralistes pour améliorer la prise en charge de l'activité physique des diabétiques de type 2 mais il reste encore un manque de réseau en aval à solutionner.

Mots clés : ACTIVITE PHYSIQUE ; DIABETE DE TYPE 2 ; MALADIE CHRONIQUE ; MEDECINE PREVENTIVE ; SOINS DE SANTE PRIMAIRES ; ENTRETIEN MOTIVATIONNEL ; MEDECINE GENERALE ; RECHERCHE QUALITATIVE

Jury :

Président du Jury : Professeur François MAILLOT

Directeur de thèse : Docteur Adrien DUMAS

Membres du Jury : Professeur Jean François LEBEAU
Professeur Denis ANGOULVANT
Docteur Christophe RUIZ

Date de soutenance : le 22 mars 2018