

Année 2022/2023

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Jean-Baptiste BOITEL

Né le 28 Mai 1992 à Versailles (78)

TITRE

Facteurs influençant la motivation à la pratique d'activité physique adaptée :
enquête auprès de patients issus du bassin géographique du Chinonais

Présentée et soutenue publiquement le 22 Juin 2023 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Fabrice IVANES, Physiologie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Dr Cécile RENOUX-JACQUET, MCU Médecine Générale – Amboise

Dr Anaïs JACQUOT, PH Médecine, Physique et de Réadaptation, CHRU Trousseau – Tours

Directeur de thèse : Docteur Laurène PROD'HOMME, Médecine Générale – Avoine

Table des matières

1. Liste des enseignants	4
2. Remerciements	8
3. Serment d’Hippocrate	11
4. Résumé	12
5. Abstract	13
6. Liste des abréviations	14
7. Introduction	15
7.1. Définitions	15
7.1.1. Les concepts d’activité physique	15
7.1.2. Les conséquences de l’inactivité et de la sédentarité	15
7.2. Les bienfaits de l’activité physique	16
7.2.1. Physiologie	16
7.2.2. Les bienfaits de l’activité physique démontrés par la science	16
7.3. Recommandations en termes d’activité physique	17
7.3.1. Recommandations de l’Organisation Mondiale de la Santé	17
7.4. L’activité physique adaptée	17
7.4.1. Définition	17
7.4.3. Politiques de santé concernant l’activité physique	19
7.5. Points de vue des médecins généralistes	19
7.6. Ressentis des patients peu connus	19
7.6.1. La motivation	19
7.6.2. Comprendre pour mieux agir	20
7.7. Objectif de l’étude	21
8. Matériel et méthodes	21
8.1. Description du type d’étude	21
8.2. Population d’étude	21
8.2.1. Critères d’inclusion	21
8.2.2. Critères de non-inclusion	22
8.2.3. Taille de l’échantillon	22
8.3. Intervention sur la population	22
8.3.1. Recueil des données	22
8.3.2. Analyse des données	23
9. Résultats	23
9.1. Description de l’échantillon	23
9.2. Analyse des résultats	24
9.2.1. Les facteurs motivationnels extrinsèques	25
9.2.1.1. Le rôle de l’entourage	25
9.2.1.1.1. Médical	25
9.2.1.1.2. Amical et familial	28

9.2.1.2. Facteurs socio-économiques et environnementaux	28
9.2.1.2.1. Le coût financier	28
9.2.1.2.2. Le planning personnel	29
9.2.1.2.3. Les distances et horaires	29
9.2.1.2.4. La Covid-19	29
9.2.1.3. Liées à l'APA	30
9.2.1.3.1. L'éducateur APA et l'association	30
9.2.1.3.2. La personnalisation de l'AP et le fait de retrouver d'autres personnes avec les mêmes problématiques	31
9.2.1.3.3. Le suivi par l'éducateur APA	31
9.2.2. Les facteurs motivationnels intrinsèques	32
9.2.2.1. Les effets sur sa santé	32
9.2.2.1.1. Effets globaux	32
9.2.2.1.2. Effets physiques	32
9.2.2.1.3. Effets psychologiques	33
9.2.2.1.4. Effets thérapeutiques	33
9.2.2.2. Le lien social	34
9.2.2.2.1. Facteur humain et social	34
9.2.2.2.2. La limite du groupe : le regard des autres	34
9.2.2.2.3. L'engagement associatif	35
9.2.2.3. L'APA vécue comme un challenge	35
9.2.2.4. L'APA : un plaisir ressenti	35
9.2.2.5. L'envie du patient et son état d'esprit	36
10. Discussion	38
10.1. Résultat principal de l'étude	38
10.2. Validité externe de notre étude	39
10.3. Validité interne de notre étude	41
10.4. Perspectives	41
11. Conclusion	42
12. Annexes	43
13. Bibliographie	54

1. Liste des enseignants

**UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens - relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

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 Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Philippe ROSSET

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ - P. ARBEILLE - A. AUDURIER - A. AUTRET - P. BAGROS - C. BARTHELEMY - J.L. BAULIEU - C. BERGER - JC. BESNARD - P. BEUTTER - C. BONNARD - P. BONNET - P. BOUGNOUX - P. BURDIN - L. CASTELLANI - J. CHANDENIER - A. CHANTEPIE - B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - T. CONSTANS - C. COUET - L. DE LA LANDE DE CALAN - J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES - D. GOGA - A. GOUDEAU - J.L. GUILMOT - O. HAILLOT - N. HUTEN - M. JAN - J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - Y. LANSON - O. LE FLOCH - Y. LEBRANCHU - E. LECA - P. LECOMTE - AM. LEHR-DRYLEWICZ - E. LEMARIE - G. LEROY - M. MARCHAND - C. MAURAGE - C. MERCIER - J. MOLINE - C. MORAINÉ - J.P. MUH - J. MURAT - H. NIVET - L. POURCELOT - R. QUENTIN - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - A. ROBIER - J.C. ROLLAND - D. ROYERE - A. SAINDELLE - E. SALIBA - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - D. SIRINELLI - J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive - réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive - réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
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
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
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
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERRONIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINTE-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs
ROBERT Jean..... Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud.....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric.....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie - gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie

Faculté de Médecine – 10, boulevard Tonnellé – CS 73223 – 37032 TOURS Cedex 1 – Tél : 02.47.36.66.00 – www.med.univ-tours.fr

LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLU Antonine	Philosophie - histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS - EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GUEGUINO Maxime	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie	Directrice de Recherche CNRS - UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS - UMR Inserm 1259
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine	Orthoptiste
-------------------------	-------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

2. Remerciements

Aux membres du jury,

À Monsieur le Professeur Fabrice IVANES,

Merci de me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse. Merci de porter votre intérêt sur mon travail, et d'avoir accepté de le juger.

Mon stage d'externe dans le service des urgences cardiaques de l'hôpital Trousseau m'a profondément marqué, encore actuellement dans ma pratique. Votre pédagogie envers moi durant ce stage a également marqué un profond respect envers vous.

À Madame le Docteur Cécile RENOUX-JACQUET,

Merci de me faire l'honneur de vous intéresser à mon travail et d'avoir accepté de le juger.

Mes débuts en médecine générale, la qualité de mon internat, ainsi que le plaisir actuel quotidien d'exercer la médecine générale sont en grande partie dus grâce à vous, qui m'avez si bien accueilli dans cette spécialité.

À Madame le Docteur Anaïs JACQUOT,

Merci de me faire l'honneur de vous intéresser à mon travail, et d'avoir accepté de le juger. Veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

À Madame le Docteur Laurène PROD'HOMME,

Merci à toi de m'avoir accompagné et soutenu durant ces mois de travail. Merci pour ta disponibilité, tes conseils, tes mots d'encouragement, et ta bonne humeur. Ce fut un réel plaisir de travailler avec toi sur cette thèse.

Aux médecins qui m'ont accompagné durant toutes ces années d'externat, et d'internat,

Aux Dr Martinez, Dr Marchand, Dr Harmouche, Pr Dumont, Dr Dupont, Pr Aupart et Pr Bourguignon en chirurgie cardiaque, thoracique et vasculaire. Merci à vous pour votre apprentissage de la chirurgie pendant cette année d'internat. Cette année de chirurgie m'a permis de me rendre compte que j'adorais toujours l'anatomie, mais que je préférais le contact relationnel au geste technique. Merci à tous mes co-internes de chirurgie que j'ai croisé pendant cette année.

Au Dr Nicolas et à l'ensemble de la MSP de Saint Georges sur Cher. Mon premier stage en médecine générale, quel bonheur ! Merci Antoine de m'avoir fait découvrir la médecine manuelle, qui me sert encore actuellement dans mon quotidien.

À tout le service des urgences de l'hôpital de Chinon. Merci aux médecins (Pauline, Guillem, Antoine, Romain, Thierry, Thomas, Gihade et les autres) et à mes co-internes, merci pour ces séances au service de simulation sur mannequin à réalité augmentée, et ces sorties SMUR.

Merci aussi infiniment à l'équipe soignante, merci pour votre bienveillance, on aura bien ri

pendant ces 6 mois !

Au Dr Boissinot. Mélanie... Comment te remercier pour tout ce que tu m'as apporté en gynécologie... Je partais de loin, mais grâce à toi, à tes connaissances, ta rigueur, ta sympathie pendant le travail, et aussi en dehors, le monde de la gynécologie ne me fait plus peur ! Tu es vraiment un modèle pour moi. Merci également au Dr Rossard, Dr Delvallée (pour ta bonne humeur, ta sympathie et ta confiance), et Dr Boivin (merci de m'avoir initié à l'échographie) de m'avoir formé et accompagné durant ce stage de gynécologie à Chinon.

À monsieur le Professeur François Labarthe, au Dr Tardieu, à Yannis, et à toute l'équipe du service de pédiatrie et des urgences de Clocheville : merci à tous pour ces 3 mois intenses.

Au service de Gériatrie de l'hôpital de Chinon. Sandrine et Marie-Aude : quel plaisir d'avoir pu travailler ensemble, vous m'avez tellement fait progresser, je vous en remercie infiniment. Vous savez déjà l'estime que j'ai pour vous, mais je vous répète encore ici ma sincère reconnaissance.

À l'équipe des Soins Palliatifs et du Centre Douleur de l'hôpital de Chinon ! Merci à toi Agnès, tu m'as beaucoup appris. Ta gentillesse et ton dynamisme m'inspirent beaucoup. Et c'est aussi un peu grâce à toi cette thèse...

À toute l'équipe de la Maison de Santé du Bouchardais : Vincent, Thierry et Dominique (aux bières partagées ensemble après la journée) bien-sûr, Lauranne, Gaëlle, Frédérique, Arthur, Isabelle, Ludovic, Xavier, et Isabelle Clément. Merci pour ces moments partagés ensemble pendant mon stage de SASPAS. Et merci encore aujourd'hui pour votre confiance et votre bonne humeur.

À toute l'équipe de la Maison de Santé de Saint Epain : Judit bien sûr, merci pour ta confiance pour les remplacements. Jean : merci pour tes poivrons à l'huile le mercredi ! Manon et Marine : merci à vous au quotidien.

À toute l'équipe de la Maison de Santé de Saint Amand Longpré : Johann, Clément, Mathilde, Raoul, Baptiste, Ludivine, Pierre-Antoine, les secrétaires. Merci pour votre confiance et votre bonne humeur.

À mes proches,

À ma mère : merci d'être toujours là pour moi, je te dois tellement, ton travail porte ses fruits, j'espère te rendre fier parce que j'entreprends au quotidien. À mon père : merci pour ton soutien, tes projets m'inspirent, notre nouvelle famille à Lyon avec Antonella et sa famille me ravit, j'ai hâte de partager plus de moments avec vous ! À ma sœur Maud : merci à toi pour tes encouragements. À mémé, tu comptes beaucoup pour moi, j'espère que tu es fière de moi là où tu es.

À mes amis,

Quentin, mon claudie ! Merci d'être toujours à mes côtés, que d'aventures et de fous rires partagés, et surtout à venir. Toujours sur la même longueur d'onde, j'espère te garder à mes côtés le plus longtemps possible.

Romain : toujours ensemble depuis l'école primaire...! Merci à toi d'être toujours là, je sais que tu seras là pour moi, et inversement bien sûr. À Ayhan aussi, à tous ces moments partagés durant cette période collège-lycée.

À Antoine & Manue (mon toinou, merci pour ta gentillesse), Chloé (merci pour toutes ces soirées chez nous ou chez vous), Juliette & Émilie (merci pour ce voyage incroyable en Amérique du Sud que je n'oublierai jamais), Juliette, Emma, Clément, Guillaume, Corentin et Laure. Et bien sûr Florian, ton humour nous manque.

Quentin et Noémie, à vos connaissances champenoises et nos soirées épicuriennes, que nous continuerons bien sûr !

Geoffrey et Marion : merci pour ces soirées et ces fous rires, à quand la prochaine soirée années 70-80
?!

À William & Fanny, Arthur, Valentin, Camille, Clémentine, Clément, Dorletta, Cyrielle, Anne-Sophie et Jeanne. Pour toutes ces soirées, ces anniversaires, ces escape game, merci à vous.

Et bien sûr merci à Anaïs, merci d'être à mes côtés au quotidien (et de me supporter!). À tous ces moments partagés, ces voyages. Ton humour, ta joie de vivre, ton dynamisme et tes mille projets à la minute comblent mon quotidien depuis 5 ans maintenant. Même si je suis discret sur mes sentiments, sache que tu comptes énormément pour moi. Un nouvel avenir nous attend à Lyon maintenant, j'ai hâte !

Merci à Aurélie Chuin, et aux participants de cette étude, sans qui je n'aurais jamais pu effectuer ce travail. Merci de participer au développement de la recherche en médecine générale.

3. Serment d'Hippocrate

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.

4. Résumé

Introduction

L'activité physique et l'inactivité sont directement liées à la morbi-mortalité chez l'être humain. Les bienfaits de l'activité physique sur la santé sont maintenant démontrés scientifiquement. En 2017, le concept d'activité physique adaptée aux comorbidités et aux handicaps des patients a été créé. Il s'agit d'une prescription médicale d'activité physique encadrée, et adaptée aux patients souffrant de pathologie chronique. Le vécu et la prescription d'activité physique adaptée ont été étudiés chez les médecins, moins chez les utilisateurs patients.

L'objectif de cette étude est d'explorer les facteurs motivationnels à la pratique de l'activité physique adaptée décrits par les patients.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle qualitative. Elle a été réalisée grâce à des entretiens semi-dirigés auprès de patients issus du bassin géographique du Chinonais (France, région centre, 37) bénéficiant ou ayant bénéficié d'activité physique adaptée. Les patients ont été choisis afin d'avoir une population d'individus la plus hétérogène possible. Le recrutement s'est arrêté quand le recueil des données n'a plus apporté de nouvelle information utile (saturation des données).

Résultats

11 entretiens ont été réalisés entre Octobre 2022 et Mai 2023, permettant une saturation des données. L'analyse des entretiens a permis d'isoler des facteurs motivationnels externes et internes au patient. Les facteurs motivationnels externes sont liés à l'entourage du patient (rôle médical, rôle de l'entourage), liés à l'APA (l'éducateur, le côté personnalisé, le suivi de l'AP), ou liés aux facteurs socio-économiques du patient (coût financier, planning personnel, distances et horaires). Les facteurs motivationnels internes sont les effets bénéfiques retrouvés de l'APA sur la santé du patient (globaux, physiques, psychologiques, thérapeutiques), le gain social, l'état d'esprit du patient avant de commencer l'APA, le plaisir ressenti et la réponse à leurs attentes initiales, ainsi que le niveau d'envie du patient.

Discussion

Les résultats de notre étude sont en accord avec la littérature. Ils mettent en lumière l'importance du médecin prescripteur d'activité physique adaptée (information, communication). Pour améliorer la prescription d'activité physique adaptée, il en résulte de mieux connaître son patient, de mieux communiquer avec lui (entretien motivationnel), d'insister sur les effets bénéfiques de l'APA sur leur santé, et d'insister sur l'aspect personnalisé de l'activité physique adaptée.

Parmi les axes d'amélioration, améliorer la structuration de l'offre d'APA (relations entre le corps médical et l'éducateur APA-l'association APA), multiplier les lieux proposant de l'activité physique adaptée, proposer une prise en charge financière par l'assurance maladie et/ou mutuelles, ou bien développer l'éducation thérapeutique autour de l'APA peuvent être des axes d'amélioration concernant l'APA.

Mots-clés : Activité physique adaptée – facteurs motivationnels – relation médecin-malade – information – communication

5. Abstract

Introduction

Physical activity and inactivity are directly related to morbidity and mortality in humans. The health benefits of physical activity are now scientifically demonstrated. In 2017, the concept of physical activity adapted to patients' comorbidities and disabilities was created. It is a medical prescription for supervised physical activity, and adapted to patients with chronic pathologies. The experience and the prescription of adapted physical activity have been studied among physicians, less so among users-patients.

The objective of this study is to explore the motivational factors for the practice of adapted physical activity described by the patients.

Materials and methods

This is a qualitative observational epidemiological study. It was carried out by means of semi-directed interviews with patients from the Chinon geographical area (France, central region, 37) who benefited or had benefited from adapted physical activity. The patients were chosen in order to have a population of individuals as heterogeneous as possible. The recruitment was stopped when the data collection did not bring any new useful information (data saturation).

Results

11 interviews were carried out between October 2022 and May 2023, allowing for data saturation. Analysis of the interviews enabled us to isolate motivational factors external and internal to the patient. External motivational factors are linked to the patient's entourage (medical role, role of the entourage), linked to the APA (the educator, the personalised aspect, the follow-up of the APA), or linked to the patient's socio-economic factors (financial cost, personal planning, distances and schedules). The internal motivational factors are the beneficial effects of APA on the patient's health (overall, physical, psychological, therapeutic), the social gain, the patient's state of mind before starting APA, the pleasure felt and the response to their initial expectations, as well as the patient's level of desire.

Discussion

The results of our study are in line with the literature. They highlight the importance of the doctor prescribing adapted physical activity (information, communication). To improve the prescription of adapted physical activity, the doctor needs to know his patients better, communicate with them better (motivational interview), stress the beneficial effects of APA on their health, and insist on the personalised aspect of adapted physical activity.

Areas for improvement include improving the structure of APA provision (relations between the medical profession and the APA educator/association), increasing the number of places offering adapted physical activity, proposing financial coverage by health insurance and/or mutual insurance companies, and developing therapeutic education around APA.

Key words : Adapted physical activity - motivational factors - doctor-patient relationship - information - communication

6. Liste des abréviations

- ALD : Affection Longue Durée
- AP : Activité Physique
- APA : Activité Physique Adaptée
- BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive
- CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- COREQ : Consolidated, Critere for Reporting, Qualitative studies
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CSP : Code de Santé Publique
- EAPA : Enseignant en Activité Physique Adaptée
- MET : Metabolic Equivalent of Task
- NASH : Non Alcoholic Stéato-Hépatitis
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PNNS : Programme National Nutrition Santé
- SAHOS : Syndrome d'Apnées-Hypopnées Obstructives du Sommeil
- SNSS : Stratégie Nationale Sport Santé

7. Introduction

7.1. Définitions

7.1.1. Les concepts d'activité physique

Le concept d'activité physique a été défini par l'Académie nationale de médecine en 2017⁽¹⁾. Afin de mettre un terme à l'utilisation souvent confuse des mots concernant l'activité physique, le sport et l'inactivité, voici quelques définitions :

- L'activité physique : tout mouvement produit par la contraction des muscles entraînant une dépense énergétique supérieure à la dépense de repos.
 - Dépense de repos = 1 MET (1 MET = 3,5 mlO₂/min/Kg = 1 kcal/min).
 - Exemples : lors des activités professionnelles, des déplacements, dans le cadre de la vie domestique, des activités de loisirs (activités sportives, jardinages...)

N.B : l'équivalent métabolique (Metabolic Equivalent of Task, MET) est une méthode permettant de mesurer l'intensité d'une activité physique et la dépense énergétique.

- Le sport : toute activité physique n'est pas "sport". Le sport pourrait être défini par une activité physique programmée en durée et en intensité, et réalisée dans le but de maintenir ou d'améliorer la condition physique. Le sport est la réalisation d'un exercice physique codifié répondant à un règlement.
- La sédentarité : activité d'éveil dont la dépense énergétique est $\leq 1,5$ MET (assis, debout sans bouger). Sédentaire si le temps d'éveil passé assis régulièrement > 7 h par jour, ou que les périodes assises sans coupures > 2 h sont fréquentes (toutes activités confondues : voitures, transports, bureaux, télévisions, écrans)
- L'inactivité : niveau d'activité physique inférieur au niveau d'activité physique recommandé pour la santé (OMS⁽²⁾).
 - Selon l'OMS⁽²⁾ : inactif physiquement si < 150 min d'activité physique modérée par semaine, ou < 60 min d'activité physique intense.

7.1.2. Les conséquences de l'inactivité et de la sédentarité

Les conséquences de la non-pratique d'activité physique et du choix volontaire d'inactivité et de sédentarité ont été démontrées. Sédentarité et inactivité tuent : dans l'étude de Pang Wen, Lancet, 2012 sur les méfaits de l'inactivité⁽³⁾, il a été conclu que la mortalité globale était de 5,3 millions comparée à 5,1 millions pour le tabagisme. En 2010, l'OMS⁽²⁾ établit qu'elles sont la 3^{ème} cause de mortalité avec l'hypertension artérielle et le diabète, et la première cause de décès évitable.

Par ailleurs, la sédentarité est un facteur de risque de mortalité, indépendamment du niveau d'activité⁽⁴⁾.

À l'inverse, dans leur étude, les suédois Olsen R. and al.⁽⁵⁾ et Krogh-Madsen R. and al.⁽⁶⁾ ont montré que passer d'un statut actif - non sédentaire à un statut inactif - sédentaire, pendant seulement deux semaines, entraînait la prise de 50g de masse grasse, augmentait de +2 mmHg la pression artérielle, augmentait le taux de LDL cholestérol, et diminuait la sensibilité à l'action de l'insuline.

Pour mesurer son risque, il suffit de mesurer sa capacité physique (test de marche des 6 minutes par exemple, annexe n°1), puisque son augmentation est directement corrélée à la diminution du risque de mortalité globale^(7,8).

L'auto questionnaire de Marshall Al, permet pour le médecin traitant, en deux questions, de repérer rapidement les patients inactifs⁽⁹⁾ :

- Combien de fois par semaine faites-vous habituellement 20 minutes d'activité physique vigoureuse qui vous fait transpirer ou souffler et haleter ? (par exemple, jogging, soulèvement de charges lourdes, creusage, aérobic ou vélo rapide)
 - > 3 fois / semaine (4 points) ; 1-2 fois / semaine (2 points) ; aucune (0 point)
- Combien de fois par semaine faites-vous habituellement 30 minutes d'activité physique modérée ou de marche qui augmente votre rythme cardiaque ou vous fait respirer plus fort que d'habitude ? (par exemple, tondre la pelouse, porter des charges légères, faire du vélo à un rythme régulier ou jouer au tennis en double)
 - > 5 points / semaine (4 points) ; 3-4 fois / semaine (2 points) ; 1-2 fois / semaine (1 point) ; Aucune (0 point)
- Si score ≥ 4 = « suffisamment » actif (encourager le patient à continuer)
- Si score 0-3 = « insuffisamment » actif (encourager le patient à en faire plus)

7.2. Les bienfaits de l'activité physique

7.2.1. Physiologie

L'explication physiologique des bienfaits de l'activité physique a été démontrée⁽¹⁰⁾ : les adipocytes, cellules graisseuses du corps humain, produisent physiologiquement des hormones appelées adipokines, qui augmentent le risque de développer une démence, un syndrome dépressif, une maladie cardiovasculaire, un diabète de type 2, un cancer du sein, ou bien un cancer du côlon.

À l'opposé : les myocytes actifs, cellules musculaires du corps humain, produisent physiologiquement des hormones appelées myokines, qui inhibent les adipokines, diminuant ainsi leurs effets.

Il s'ensuit une baisse des niveaux d'inflammation et de stress oxydatif pour les cellules.

L'activité physique entraîne également une amélioration de la circulation sanguine avec une meilleure dilatation vasculaire et un sang plus fluide^(11,12).

7.2.2. Les bienfaits de l'activité physique démontrés par la science

Ce travail ne portant pas sur la description exhaustive des bienfaits de l'activité physique, voici les principaux bienfaits qui ont été démontrés en 2022, concernant l'activité physique adaptée. L'activité physique a un impact positif dans la prise en charge du diabète de type 2⁽¹³⁾ ; de l'hypertension artérielle⁽¹⁴⁾ ; dans la prévention primaire et secondaire de coronaropathie et d'accident vasculaire cérébral⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ ; dans la prévention primaire des cancers du sein, côlon, endomètre, ovaire, prostate non métastatique, adénocarcinome de l'œsophage, et du poumon^(18,19) ; dans la prise en charge de la constipation⁽²⁰⁾, des NASH (stéato-hépatites non alcooliques)⁽²¹⁻²³⁾, des pathologies biliaires⁽²⁴⁾ ; dans la prise en charge de l'asthme⁽²⁵⁾, de la BPCO⁽²⁶⁾ et des SAHOS⁽²⁷⁾ ; en rhumatologie avec la prise en charge de l'ostéoporose⁽²⁸⁾, de la fibromyalgie⁽²⁹⁾, de l'arthrose⁽³⁰⁾ ; en pédiatrie où la pratique d'activité physique durant l'enfance et l'adolescence a un impact déterminant sur le capital osseux⁽³¹⁾ ; chez les personnes âgées⁽³²⁾ ; chez les personnes anxieuses ou déprimées^(33,34).

7.3. Recommandations en termes d'activité physique

Nous l'avons vu : pratiquer une activité physique diminue dans de nombreux cadres, la morbi-mortalité. Mais dans quelle mesure ? Faut-il être sportif de haut niveau afin d'atteindre ces résultats ?

La réponse est non : chaque MET gagné est associé à une diminution de 12 % du risque de mortalité globale^(7,8). Les risques de pathologie et la mortalité décroissent de façon exponentielle quand le niveau de capacité physique - le niveau d'activité physique augmente.

7.3.1. Recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé

Pour la population des 5-17 ans, l'OMS⁽²⁾ recommande au moins 1 heure d'activité physique par jour, avec endurance (au moins 5 fois par semaine), renforcement musculaire (au moins 3 fois par semaine), et osseux.

Pour la population de 18 à 64 ans, l'OMS⁽²⁾ recommande au moins 30 minutes d'activité physique modérée, ou 20 minutes d'activité physique soutenue par semaine, et d'éviter les périodes assises ininterrompues supérieures à 2 heures.

Pour la population après 65 ans, l'OMS⁽²⁾ recommande 1 heure d'activité physique chaque jour, avec endurance (au moins 3 fois par semaine), du renforcement musculaire (au moins 2 fois par semaine) et de l'équilibre (au moins 2 fois par semaine), ainsi que d'éviter les périodes assises ininterrompues supérieures à 2 heures.

7.4. L'activité physique adaptée

7.4.1. Définition

Selon l'article L. 1172-1 du décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016⁽³⁵⁾, on entend par activité physique adaptée : la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires.

Les programmes d'activité physique adaptée (APA), ainsi définis, font appel pour leur conception, leur organisation et leur supervision à des professionnels de l'APA ou à des professionnels de santé. Ils concernent des publics fragiles qui ne sont pas encore autonomes dans la gestion de leur pathologie et/ou qui sont très éloignés des pratiques physiques (distance sociale).

L'activité physique adaptée est une AP adaptée à la (aux) pathologie(s), aux capacités fonctionnelles et aux limites d'activités du patient.

7.4.2. Prescription et cadre légal

L'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L. 1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 du Code de la santé publique (CSP) définit les conditions de dispensation de l'APA prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD).

Elle définit les domaines d'intervention préférentiels des différents métiers de l'AP en fonction de ces phénotypes et liste leurs compétences respectives.

Elle propose un formulaire spécifique de prescription de l'AP. Elle précise que « ni la prescription, ni la dispensation d'une AP ne font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie ».

À noter que l'arrêté du 24 décembre 2020 relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer, prévoit qu'après traitement d'un cancer, le médecin peut prescrire un ensemble de bilans et consultations dans la limite d'un montant maximal de 180 euros par patient et par an. Ces prestations peuvent comprendre un bilan fonctionnel et motivationnel de l'AP par un professionnel de l'APA, qui doit donner lieu à l'élaboration d'un projet d'APA. Ce bilan du professionnel de l'APA est rémunéré 45 euros au maximum pour une durée d'une heure maximum.

La loi n° 2022-296 du 2 mars 2022⁽³⁶⁾ visant à démocratiser le sport en France a révisé cette politique.

Son article 2 modifie l'article L. 1172-1 du CSP et, dans le cadre d'un parcours de soins, ouvre la prescription d'APA à l'ensemble des médecins et pour les « personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risque et des personnes en perte d'autonomie. Un décret doit fixer la liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie ouvrant droit à la prescription d'activités physiques adaptées ».

Son article 3 prévoit une prise en charge par l'assurance maladie de l'APA sur prescription médicale selon des modalités et un périmètre qui restent à définir : « Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 1^{er} septembre 2022, un rapport sur la prise en charge par l'assurance

maladie des séances d'activités physiques adaptées prescrites en application de l'article L. 1172-1 du Code de la santé publique. »

Son article 4 modifie l'article L. 4321-1 du CSP et prévoit que le masseur-kinésithérapeute, qui est aussi un professionnel de l'APA, « ... peut renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales initiales d'activité physique adaptée, dans des conditions définies par décret... » .

La dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière, afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée / la maladie chronique dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences.

7.4.3. Politiques de santé concernant l'activité physique

Les enjeux de santé liés à la pratique de l'activité physique ont été compris par les différents gouvernements : le Plan National Nutrition Santé (PNNS) 2019-2023⁽³⁷⁾, avec son objectif n°19, met en avant l'activité physique adaptée comme thérapeutique non médicamenteuse.

La stratégie nationale sport santé (SNSS) 2019-2024⁽³⁸⁾ contribue pleinement à atteindre les objectifs du PNNS. L'axe n°1 de la SNSS proposait la création de 100 maisons sport santé d'ici fin 2019, et 500 d'ici 2022.

En mars 2022, 436 Maisons Sport Santé existaient, avec plus de 360 000 personnes accompagnées depuis leur création en 2019.

7.5. Points de vue des médecins généralistes

Les médecins généralistes sont placés au centre de la prescription d'activité physique adaptée. Le ressenti de ceux-là a été étudié en 2018^(39,40), concernant la prescription d'APA.

Les résultats sont résumés ci-après : selon eux, il faudrait améliorer l'accompagnement de tous les acteurs en renforçant la formation, renforcer l'information chez les médecins généralistes, renforcer le rôle du ministère de la santé, sensibiliser les patients concernés à la thématique du sport santé, optimiser et informer sur le rôle des réseaux sports santé, et enfin mettre en place un financement réaliste et pérenne.

7.6. Ressentis des patients peu connus

Cependant, il existe peu d'études relatant le ressenti des patients bénéficiant de programmes d'activité physique adaptée, et encore moins sur leurs motivations et leurs freins à la réalisation et à la poursuite du programme d'activité physique adaptée⁽⁴¹⁻⁴⁴⁾.

7.6.1. La motivation

De façon très générale, Graham & Weiner considèrent que "la motivation consiste à étudier pourquoi les gens pensent et se comportent comme ils le font"⁽⁴⁵⁾. Néanmoins, il n'existe pas de définition consensuelle, compte tenu de la diversité des concepts la caractérisant.

Rolland Viau précise par exemple que la motivation n'est pas statique. Elle correspond plus à une dynamique motivationnelle : “la motivation est un phénomène qui tire sa source dans les perceptions qu'il a de lui-même et de son environnement, et qui a pour conséquence de choisir de s'engager à accomplir l'activité pédagogique qu'on lui propose, et de persévérer dans son accomplissement, et ce, dans le but d'apprendre”⁽⁴⁶⁾.

Dans cette dynamique, le concept d'entretien motivationnel a émergé⁽⁴⁷⁾. Il s'agit d'une méthode de communication utilisée pour aider les personnes à trouver la motivation et le désir de changer leur comportement en vue d'améliorer leur santé. Il s'agit d'une conversation centrée sur la personne, qui vise à explorer les raisons du changement, à renforcer la confiance en soi et à identifier les étapes nécessaires pour atteindre les objectifs fixés.

Les facteurs motivationnels sont des éléments qui influencent la motivation d'une personne à atteindre un objectif ou à accomplir une tâche. Ils peuvent inclure des aspects internes tels que les besoins, les valeurs et les croyances (travaux du psychologue américain Maslow, pyramide de Maslow, 1954⁽⁴⁸⁾), ainsi que des aspects externes tels que les récompenses, la reconnaissance et l'environnement du phénomène étudié (travaux de Frederick Herzberg, psychologue américain (1923-2000)⁽⁴⁹⁾).

7.6.2. Comprendre pour mieux agir

La santé physique participe au maintien du bon niveau de santé d'une population.

Identifier, puis comprendre ce qui peut influencer sur leur pratique d'activité physique permet de mettre en place des leviers afin de stimuler la motivation, et améliorer cette pratique. Ainsi, l'analyse des facteurs de motivation dans le cadre de l'activité physique adaptée pourrait permettre d'améliorer sa pratique.

La compréhension des comportements de santé est également importante. Le modèle de croyances de santé (Health Belief Model) a montré son intérêt notamment dans les domaines de l'asthme, de l'hypertension, du cancer et du diabète.

Il permet de saisir les raisons que peut avoir une personne de suivre ou non son traitement.

Il repose sur 4 croyances : les 2 premières relatives à la maladie et à la santé ; les 2 autres relatives aux traitements.

Le modèle postule que, pour que le patient soit en mesure d'accepter le traitement, les 4 croyances suivantes doivent être favorables :

- Être persuadé d'être atteint par la maladie
- Croire que la maladie et ses conséquences sont graves
- Croire que le traitement est bénéfique
- Croire que les bienfaits du traitement sont plus importants que ses désavantages (effets secondaires, contraintes, coûts ...)

7.7. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est d'explorer la motivation de patients bénéficiant ou ayant bénéficié d'activité physique adaptée.

Il mettra en lumière leur niveau d'information, leurs freins et motivations, et les facteurs de motivation dans leur pratique d'activité physique adaptée.

Ainsi, l'identification et le renforcement des facteurs motivationnels de l'activité physique adaptée pourraient jouer un rôle important dans la promotion de la pratique régulière et durable de l'activité physique adaptée.

8. Matériel et méthodes

8.1. Description du type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle de type qualitative. Elle a été réalisée auprès de patients Français majeurs, recrutés auprès de deux associations locales issues du bassin géographique du Chinonais ("Action Sport Santé Nutrition", et "Sport Santé du Pays du Chinonais").

Cette étude s'inscrit dans un modèle d'étude phénoménologique via une analyse de contenu. Elle vise à la compréhension de l'expérience des patients bénéficiant ou ayant bénéficié d'une prescription d'activité physique adaptée, pouvant influencer sur leur observance dans la prescription d'APA.

Les critères de qualité de la grille COREQ (Consolidated, Critere for Reporting, Qualitative studies) ont été respectés. Ils sont détaillés pour notre étude en annexe n°2.

8.2. Population d'étude

8.2.1. Critères d'inclusion

Les patients ont été recrutés au sein de deux associations locales "Action Sport Santé Nutrition" (ASSN - Place du général de gaulle, 37500, Chinon, France)⁽⁵⁰⁾, et "Sport Santé du Pays du Chinonais" (SSPC - MSPU du Véron, 12 rue des Roches, Avoine, France)⁽⁵¹⁾. Ces associations ont pour but de proposer de l'activité physique adaptée aux personnes ayant des problèmes de santé ou souhaitant se réadapter à l'effort (gym douce, marche, zumba santé, sophrologie).

Les associations sont des antennes de la Maison Sport Santé Ouest Touraine (5 route de Langeais, Cinq-Mars-La-Pile, 37110, France)⁽⁵²⁾.

L'éducatrice APA de l'ASSN et le président de l'association SSPC ont été contactés afin de nous mettre en relation avec les participants de l'étude. Ils nous ont fourni une liste de patients adhérents ou ayant adhéré à l'association.

Les participants ont été contactés par téléphone. Le lieu et la date de l'entretien étaient convenus par le ou la volontaire, par téléphone ou par e-mail, en respectant les souhaits de chacun. La plupart des entretiens ont été réalisés au domicile des patients.

Avant l'entretien, un document "flyer" de présentation de l'étude et de l'investigateur principal a été envoyé par mail ou transmis par l'éducatrice APA, aux participants (annexe n°3).

8.2.2. Critères de non-inclusion

Toute personne refusant de participer à l'étude n'a pas été incluse dans celle-ci. Après avoir été contactée par téléphone, et avoir reçu oralement le sujet et l'objet de l'étude, une seule personne a décliné la participation à l'étude.

8.2.3. Taille de l'échantillon

Le nombre d'entretiens a été calculé selon une méthode visant à saturer les données du questionnaire. Le recrutement a été fait au fur et à mesure de l'analyse des entretiens, jusqu'à saturation des données.

Un échantillonnage raisonné avec critère de variation maximale a été utilisé pour sélectionner les participants de l'étude.

Il permet un recrutement sélectif des sujets qui vont pouvoir apporter le plus d'information possible sur le phénomène étudié, dans le but de comprendre au mieux ce phénomène.

Nous avons sélectionné les patients selon leur âge, leur genre (masculin/féminin), leur activité (actif / retraité) et leur statut d'arrêt ou de poursuite de l'APA lors de l'entretien.

8.3. Intervention sur la population

8.3.1. Recueil des données

Les informations ont été recueillies par entretiens physiques individuels avec les patients, via une grille d'entretien semi-structurés (questions à réponses ouvertes, annexe n°4). Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone, et retranscrits mot pour mot sur logiciel Microsoft Word®. Toutes les données ont été anonymisées : chaque patient a été nommé par ordre de réalisation chronologique de l'entretien (exemple : P1: P pour patient, 1 pour 1^{er} entretien).

Une autorisation d'enregistrement audio a été signée par chaque patient, ainsi qu'une autorisation de participation à une étude médicale.

Avant chaque entretien, des questions d'ordre sociodémographique ont été posées afin de caractériser l'échantillon.

Les entretiens ont été réalisés en face-à-face avec les participants, à l'aide d'un guide - d'une grille d'entretien semi-dirigée, souple.

L'ordre des questions, et ainsi des réponses des participants, n'était pas fixe. D'autres questions non présentes initialement dans la grille d'entretien ont pu être posées. Le but étant de comprendre l'expérience unique de l'APA, correspondant à chaque patient.

8.3.2. Analyse des données

La lecture des retranscriptions des enregistrements audio a permis une fragmentation et un classement des réponses en thèmes principaux.

L'analyse des données a été réalisée selon un codage ouvert, avec étiquetage de concepts, grâce à l'utilisation du logiciel NVIVO®.

Dans le manuscrit, l'ordre des résultats a été présenté selon le nombre de réponses de celui-ci. Ainsi, plus il y a eu d'étiquettes expérientielles alimentant le thème / le sous-thème, plus celui-ci a été haut placé dans la chronologie de lecture.

L'analyse des données a été validée par la directrice du travail.

Une demande d'autorisation de recherche médicale a été effectuée et accordée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (annexe n°5).

L'investigateur principal et le directeur, tout au long des entretiens et de l'analyse, ont veillé à effacer leurs présupposés, représentations individuelles et connaissances médicales pour rendre l'interprétation la plus neutre possible.

9. Résultats

9.1. Description de l'échantillon

Au terme de notre étude, 11 entretiens ont été réalisés, permettant une saturation des données et une redondance du type de réponses au dernier entretien réalisé. Les participants avaient entre 58 et 74 ans (moyenne : 65 ans). Il y avait 7 femmes et 4 hommes. La plupart étaient retraités. 8 participaient encore lors de leur entretien à une activité physique adaptée, 3 avaient arrêté.

Les entretiens se sont déroulés du 14 Octobre 2022 au 4 Mai 2023. Leur durée était comprise entre 34 minutes et 54 minutes, avec une moyenne de 42 minutes.

Les caractéristiques de l'échantillon de population étudié sont résumées dans le tableau 1.

Patient	Sexe	Âge (ans)	Catégorie socio professionnelle	Situation professionnelle	Lieu d'habitation	APA
P01	F	58	Secrétaire médicale	Retraitée	Chinon (37500)	Arrêt (durée totale = 6 mois)
P02	F	71	Responsable placements financiers	Retraitée	Chinon (37500)	En cours (durée totale = 3,5 ans)
P03	F	66	Aide-soignante	Retraitée	Rivière (37500)	Arrêt (durée totale = 3 mois)
P04	F	73	Cadre supérieur audiovisuel	Retraitée	Ligré (37500)	En cours (durée totale = 3 ans)
P05	F	74	Agent territorial	Retraitée	Avoine (38420)	En cours (durée totale = 2 ans)
P06	M	59	Cadre, Ingénieur informaticien	Actif	Chinon (37500)	Sporadique (durée totale = 3 ans)
P07	M	61	Informaticien	Retraité	Beaumont-en-Véron (37420)	En cours (durée totale = 1 an)
P08	F	61	Infirmière DE hospitalière	Retraitée	Beaumont-en-Véron (37420)	En cours (durée totale = 3 ans et 3 mois)
P09	F	52	Diététicienne hospitalière	Active	Chinon (37500)	Arrêt (durée totale = 2,5 mois)
P10	M	67	Technicien EDF	Retraité	Beaumont-en-Véron (37420)	En cours (durée totale = 1 an et 6 mois)
P11	M	69	Technicien EDF	Retraité	Avoine (38420)	En cours (durée totale = 5 ans)

Tableau 1 - Principales caractéristiques des participants

9.2. Analyse des résultats

Les réponses des participants ont permis d'individualiser plusieurs grands thèmes concernant les facteurs motivationnels : les facteurs intrinsèques, les facteurs extrinsèques, eux-mêmes subdivisés en sous thèmes avec des étiquettes expérientielles.

9.2.1. Les facteurs motivationnels extrinsèques

Les facteurs motivationnels extrinsèques désignent des éléments externes à l'individu, qui influencent sa motivation à réaliser une tâche ou une activité, tels que les récompenses, les punitions, les pressions sociales ou les exigences de l'environnement.

9.2.1.1. Le rôle de l'entourage

9.2.1.1.1. Médical

Le niveau d'information de leur médecin concernant l'APA

Le niveau de connaissance des médecins n'a pas été une motivation à initier ou poursuivre l'APA.

Neuf des onze participants ont rapporté **un faible niveau de connaissance de leur médecin traitant**, ou du corps médical, concernant l'APA.

“JB : qu'avez-vous pensé du niveau d'information donnée par votre médecin traitant concernant l'APA ? P01 : Dois-je lui faire des fleurs ? Ou dois-je dire zéro pointé. Je ne suis pas méchante : moyennement, moyen.”

Certains ont même mentionné que **leur médecin traitant n'avait aucune connaissance sur l'APA**. “P01 : Il n'en avait pas entendu parler”.

Cependant, des participants ont rapporté que leur médecin avait de **très bonnes connaissances sur l'APA**. P07 : “Je pense qu'elle (la médecin du participant) est tout à fait au fait des choses”.

Les participants ont déclaré vouloir une **meilleure information par le corps médical** concernant l'APA. “P11 : C'est pas qu'ils veulent pas, mais c'est un manque d'information. Et que ce soit le plus simple possible et avec le moins de documents possible, à remplir.”

La communication ayant mené à l'APA

Concernant le corps médical, elle a principalement été mentionnée **comme un axe d'amélioration pour l'APA (7/11)**. Il ressort un manque de communication et d'information autour de l'APA.

P02 : “là ce qui manque c'est de la communication surtout chez vous les médecins”. P03 : “Ils ne font pas de publicité (rires).”

Parmi les **canaux de communication du corps médical**, nous avons retrouvé par ordre de fréquence :

- L'information par le médecin lui-même. P02 : “Donc c'est le Dr B., le premier qui m'a parlé de cette gymnastique qui est adaptée à chaque pathologie, donc que ce serait bien que j'y aille.”. P07 : “c'est le centre de réadaptation. Euh, Bois-Gibert, suite à mon opération qui m'a orienté vers l'association”.
- Les affiches dans la salle d'attente du médecin. P03 : “J'ai vu les affiches chez le médecin (traitant). Dans la salle d'attente.”

- Les ateliers d'éducation thérapeutique proposés par la maison de santé. P10 : "On m'a découvert des apnées du sommeil, et ce qui fait que je suis passé par le docteur V. qui m'a inscrit aux ateliers. Et c'est par les ateliers que j'ai découvert l'association Sport Santé pour pouvoir pratiquer une activité physique (...) Parce que ces ateliers je les ai quasiment tous fait. Oui aussi bien diabète, tension, sport adapté, et c'est là que j'ai su, que j'ai découvert qu'il y avait cette activité".

Un participant a mentionné un **manque d'implication des services publics** concernant la communication autour de l'APA. P11 : "Ce qui me chagrine aujourd'hui, c'est quand on voit une institution comme l'ARS (Agence Régionale de Santé). Ben voilà quoi. Les parents pauvres".

Le respect de la prescription médicale, avec notion d'obligation pour sa santé

Parmi les facteurs motivationnels externes au patient, six participants sur les onze ont rapporté **l'importance du respect - obligation de la prescription médicale** de l'APA par leur médecin. P05 : "Moi j'ai besoin d'avoir des obligations que je me donne, des choses à faire. Avec le travail on était obligé. En plus étant toute seule, ça m'oblige à faire des choses, à avoir des temps pour ça".

Les participants ont même rapporté **une forme d'obligation concernant leur santé**, de pratique de l'activité physique (adaptée).

P01 : "ce n'est plus du plaisir, c'est devenu une obligation".

D'autres pensent que l'activité physique adaptée devrait être obligatoire pour certaines personnes ou pathologies.

P04 : "Je vais vous dire je pense que ça devrait être obligatoire (rires)". P08 : "Alors oui, pour certaines pathologies, je pense que ça devrait être obligatoire".

Le suivi médical

L'importance du **suivi de la pratique de l'APA** a été évoquée, mais plutôt comme **axe d'amélioration** concernant la prescription de l'APA par le corps médical.

P10 : "À partir du moment où le médecin prescrit, fait une prescription, et donc je pense qu'il devrait y avoir un suivi derrière."

Le corps médical, un frein plus qu'un appui ?

Les informations reçues par les participants sur ce qu'était l'APA ont été **pauvres**.

En effet, la plupart ont rapporté **ne pas avoir reçu d'informations sur ce qu'était l'APA**, et ses effets, considérant cela comme un frein dans leur pratique.

P11 : "Alors, qui a pu freiner ? Je vous dis, c'est plus une méconnaissance. Et puis voir l'impact que ça pouvait avoir derrière. Parce que voilà quoi. Je n'avais pas forcément fait de recherches, mais bon, avec les deux premiers éducateurs qu'on a eus, ils ont bien expliqué et ça, ça a vraiment éclairci les choses".

Les participants ont également mentionné **un manque d'implication** de leur médecin, mais aussi une **écoute médicale du patient inadaptée**.

“P01 : j’ai envie aussi un peu que le médecin (s’implique plus).”

“P08 : Moi je le sais moi-même que j’ai besoin de perdre du poids, ou qu’il y a besoin de faire du sport. C’est pas en me, en nous brusquant, et en disant ça que ça peut nous aider. Oui, faut trouver d’autres alternatives à ça. On pourrait me dire en alternative faites du sport, faites ceci, faites cela, ou m’envoyer voir une nutritionniste, ou j’en sais rien, je n’en sais rien, mais peu importe. Mais, et ça on n’a pas cet échange.”

Deux participants ont rapporté que **leur médecin avait refusé initialement la prescription** d’activité physique adaptée, ce qui impactait leur initiation de l’APA.

“P04 : Enfin bon, toujours est-il que, étant donné ma sévère scoliose, il était très méfiant, et dans un premier temps il avait refusé.”

Un patient a rapporté **un manque d’objectivité** vis-à-vis de lui, ce qui a pu nuire à l’initiation de sa pratique d’APA.

“JB : Oui. Le fait de trop bien vous connaître et finalement de ne pas être si objectif que ça, ça a peut-être été un frein à ce que vous ne découvriez pas plus tôt, cette association et le côté adapté, etc. P06 : Oui oui oui, mais je pense qu’il me voyait peut-être plus dans des salles de sport style wake up®. Il y a une association des anciens joueurs de rugby ici à Chinon dans laquelle j’ai fait partie pendant longtemps. Bon, en fait, il me voyait peut-être plutôt reprendre ce genre d’activités.”

Une personne a rapporté qu’il faudrait **mieux cibler la population** vers laquelle le message d’APA devrait être délivré.

P06 : “En fait. Vis-à-vis des gens qui sont beaucoup plus âgés ou beaucoup plus atteints physiquement. Oui, là, il y a une vraie prescription à faire. Peut-être qu’ils le font. Moi, ce n’est pas mon cas. Mon médecin ne m’en a pas parlé, mais peut-être qu’ils le font après. Si je vois mon pote Dr C. qui est vraiment un... JB: Donc cibler la population ? P06 : Ouais, alors peut-être qu’ils le font hein. Peut-être Dr C. quand il a affaire à une dame de 70 ans ou peut-être qu’il lui dit "tiens, vous devriez faire-ci", j’en sais rien”.

Structurer l’offre de soins autour de l’APA semble important. Une personne a souligné **l’importance du partenariat entre l’association proposant l’APA et le corps médical**.

P11 : “Et puis avec mon prédécesseur, il avait bien marqué les points et tout, puisqu’en fait on a une convention avec eux là (avec la maison de santé), qu’on vient de renouveler”.

9.2.1.1.2. Amical et familial

La communication ayant mené à l’APA

Des participants ont rapporté avoir eu connaissance de l’APA **grâce à leur cercle social**. P05 : “par le bouche à oreille”. P08 : “Bien je l’ai entendue par une amie et qui me dit par rapport à ce que j’avais besoin : elle me dit c’est vraiment très bien ciblé.”

Les **journaux papiers** ou les **réseaux sociaux** ont permis de motiver les participants de l'étude à commencer leur pratique de l'APA. P04 : "dans les news de Chinon", P04 : "Bah c'est sur les réseaux sociaux. J'ai dû voir ça sur Facebook®."

Des explications autour de l'APA

Un participant a commencé l'APA grâce à sa femme qui pratiquait déjà, et qui l'a informé sur ce qu'étaient l'APA et son fonctionnement, ce qui l'a convaincu, et maintenu dans sa pratique. P07 : "Ben oui, je la connaissais par l'intermédiaire de mon épouse parce qu'elle la pratiquait déjà depuis trois ans".

"JB : qui vous a informé de l'existence de l'activité physique adaptée? P07 : Ah ben c'était ma femme par l'intermédiaire de l'association".

9.2.1.2. Facteurs socio-économiques et environnementaux

9.2.1.2.1. Le coût financier

Six participants sur onze ont trouvé que **le coût financier est ou a été un frein** dans leur pratique de l'APA.

"P03 : Et j'avoue aussi : le prix. Parce que j'ai trouvé que c'était cher pour le prix (205 euros pour 1 heure par semaine...). Côté financier ça fait cher."

"P04 : c'est vrai que maintenant avec le coût qui a augmenté : ça fait plus de carburant – frais de carburants"

Néanmoins, et dans une moindre mesure, trois participants sur onze ont trouvé que le **coût financier** était au contraire une **motivation** à débiter ou poursuivre l'APA, expliquant par exemple la relativité du coût par rapport à celui d'une salle de sport privée classique.

"JB : Ok. Après le côté financier, ça ne vous dérange pas ? P06 : Non. Financier, c'est quand même. C'est quand même très raisonnable quand on compare par rapport à un wake up® quand même ou des trucs comme ça."

Ainsi, plus de la moitié des participants interrogés (6/11) ont mentionné **la volonté d'une meilleure prise en charge de l'APA par l'assurance maladie, ou les mutuelles**.

"P08 : Des prises en charge, peut-être financières justement, pour les gens qui ont des 100 % ou des pathologies qui.. Les diabétiques, puisqu'on sait que ça améliore le diabète ou autre, peut-être, sur une période d'un an.."

"P10 : Même au niveau des prises en charge des fois. Parce que là on a vu des mutuelles aussi qui prennent en charge maintenant pécutiairement."

"P11: Il faudrait que la Sécurité sociale prenne en charge."

9.2.1.2.2. Le planning personnel

Le frein environnemental le plus rapporté a été la place que les impératifs du **planning personnel du participant** prennent dans sa vie.

P05 : “Ce qui peut être un frein, c’est mon planning personnel, ma famille.”

P08 : “si on n'y va pas, c'est pour des raisons personnelles de rendez-vous.”

9.2.1.2.3. Les distances et horaires

Parmi les freins liés à l’environnement, **la distance avec le lieu d’APA** a été mentionnée.

P03 : “Maintenant ça me gênerait peut-être un petit peu plus parce que c’est sur les hauts de Chinon, donc ça fait un petit peu plus loin.”

Cette même distance a néanmoins été évoquée comme une motivation à poursuivre l’APA.

P11: “C'est surtout la proximité des équipements. JB: La proximité, la distance.

Par ailleurs, **ne pas proposer d’horaires adaptés aux actifs** a été mentionné comme frein à ne pas commencer ou poursuivre l’APA.

P06 : “Ouais, ouais, il faudrait une séance soit de 7 à 9 ou un truc comme ça, ou de 7 à 8 ou de 8 à 9 peut-être éventuellement, mais pas 10h quoi. JB : Ouais. C'est important ce que vous dites, parce que dans la population qu'il y a, il y a beaucoup de retraités. Oui, donc beaucoup de gens qui n'ont plus d'impératifs professionnels. Et pour les actifs, c'est vrai que c'est pas facile de se libérer comme vous dites, une matinée ou une après-midi même. P06 : Oui c'est ça.”

P09 : “Donc non, j'ai arrêté parce que j'ai repris le travail. Donc là c'était l'histoire des horaires”.

9.2.1.2.4. La Covid-19

Bien qu’ayant proposé des séances d’APA en visioconférence, **la période de confinement liée la pandémie Covid-19** a été évoquée comme limite à la pratique d’APA.

P02 : “J’ai vu pendant le Covid, quand c’était suspendu. Moi j’ai bien regardé les cours qu’A.C nous faisait via le Net, ça c’était bien joli les petits cours A.C, mais je les ai regardés dans mon canapé (rires). Donc c’est là qu’on s’aperçoit, c’était pas bien, parce que j’en fais pas toute seule chez moi.”

P04 : “il y a eu le covid.”

9.2.1.3. Liées à l'APA

9.2.1.3.1. L'éducateur APA et l'association

L'éducateur APA - un coach

Nous avons remarqué que **la relation avec le ou les éducateurs APA** a été importante dans les réponses données par les participants : ils apprécient leur communication, leurs explications autour de l'APA. Ils apprécient également d'avoir un coach présent à leur côté durant leur pratique de l'APA.

“P01 : Alors A.C : la communication avec A.C, très pédagogue.”

“P02 : Le plus déterminant, c'est A.C. C'est quand même elle qui pratique... Si ça ne marche pas avec la personne qui est votre coach, ça ne peut pas marcher.”

Ensuite, **les explications autour de l'APA** ont été déterminantes pour commencer l'activité physique adaptée.

P02 : “c'est la première fois que, dans les cours de gym : on vous reçoit, on vous explique ce qu'on va faire, comment on va procéder ; ça ça a été important, ça aussi.”

P03 : “l'entretien que j'ai eu avec A.C. (l'éducatrice APA)”.

Le rôle de l'association

Comme vu plus haut, la notion d'obligation est de nouveau rapportée vis-à-vis de l'association.

“JB: Le fait que ça soit via une asso, que ce soit obligatoire entre guillemets, même si c'est pas obligatoire, ça, c'est moteur ? Parce qu'en fait vous êtes libre de ne pas y aller aussi ? P11: Oui, oui. Ben oui. Oui, de toute façon je pense qu'aussi, comment je vais dire. Il y a un rôle de leader là-dedans qui est indéniable.”

De plus, avoir pu **faire une ou plusieurs séances avant de commencer l'APA** a été beaucoup rapporté.

“P08 : Et puis la première séance a été vraiment convaincante et c'est ça qui m'a vraiment motivé.”

“P09 : La première séance m'a convaincue, donc ça m'a plu.”

Le rôle de l'association dans l'initiation des participants à l'APA a été rapporté, notamment à travers la communication autour de l'APA, qui a permis de motiver certains participants. P02 : “Là maintenant, A.C (l'éducatrice APA) fait beaucoup de communication, mais c'est l'association qui fait de la com.”

9.2.1.3.2. La personnalisation de l'AP et le fait de retrouver d'autres personnes avec les mêmes problématiques

Les participants ont rapporté l'importance de la personnalisation de l'APA. Ils mettent en valeur **la prise en compte et le respect des limites de chaque participant** dans l'activité physique proposée, mais aussi **l'adaptabilité de l'activité physique**, à l'état physique du participant.

P09 : "Donc ce sont des mouvements qui ne sont pas douloureux par rapport à ma pathologie."

P10 : "la coach, elle est quand même à l'écoute des gens et en fonction des problèmes qu'on a au moment donné, elle s'adapte quoi. Bon, d'où, l'activité "adaptée" d'ailleurs, c'est pas un cours magistral là où c'est toujours pareil".

Un autre facteur motivationnel est de retrouver des personnes vivant les mêmes problématiques : les participants ont mentionné que côtoyer des personnes exprimant les mêmes besoins, ressentant les mêmes problèmes, pratiquant l'APA pour une raison médicale, correspondait à une motivation à pratiquer l'APA.

"P05 : Si je dis à quelqu'un qui a eu un cancer du sein "tu vois là, ça bloque", eh bien elle va me répondre "Ah bah moi aussi !". C'est idiot mais c'est des choses comme ça. Ou quelqu'un qui a eu un pontage : "ah bah j'ai du mal à respirer", "c'est bien ce que je ressens aussi"."

"P09 : J'ai trouvé que déjà, le fait d'être avec des gens qui étaient dans la même situation que moi, qui est certainement appréhendée de la même façon que moi pour certaines, je pense que ça aide aussi."

9.2.1.3.3. Le suivi par l'éducateur APA

Concernant l'éducateur APA, **l'accompagnement** dans la pratique de l'activité physique a été important pour certains participants.

P06 : "Moi j'ai besoin d'un coach personnel, qui me suit moi (...) Ce qui me rassurait, c'est que je sortais de deux opérations du cœur et que je ne voulais pas me mettre à faire des exercices qui auraient été dangereux (...) Moi j'ai besoin du coach, j'ai besoin du coach qui conseille et qui adapte justement l'activité à ma pathologie quoi".

Les participants ont apprécié **le suivi mis en place par l'éducateur**, améliorant leur motivation.

P03 : "Bah au moins on est suivi, il y a un suivi en plus. Comme au début, avant (avant l'initiation de l'APA), elle nous fait faire des exercices avant, qui sont notés. Et en fin de programme après, pour voir si on a évolué. Donc ça c'est positif."

9.2.2. Les facteurs motivationnels intrinsèques

Les facteurs motivationnels intrinsèques sont des forces internes qui poussent une personne à s'engager dans une activité pour le plaisir, le défi ou le sentiment de maîtrise de soi, plutôt que pour des récompenses externes telles que l'argent ou la reconnaissance sociale.

9.2.2.1. Les effets sur sa santé

Parmi les facteurs motivationnels intrinsèques, **les résultats et les effets acquis sur leur santé et leur pathologie** ont beaucoup été rapportés.

9.2.2.1.1. Effets globaux

La plupart des participants étaient satisfaits de leur pratique et ont rapporté **un effet bénéfique sur leur santé**. P09 : “Là, je suis reparti à être quand même beaucoup plus active que je ne l'étais avant”.

Les participants ont rapporté savoir que **l'APA préservait leur capital santé**. P04 : “Je crois savoir que c'est bon pour l'entretien du corps”, P11 : “Bien c'est un moyen d'améliorer son état de santé. Et puis bah un peu prolonger sa vie, malgré tout.”

Ils définissaient également l'APA **comme un bénéfice pour leur santé**, sans pour autant en connaître ses effets. P01 : “j'ai toujours su que c'était bénéfique, donc si vous voulez, après si je dois rentrer dans les détails : non, pas du tout”.

9.2.2.1.2. Effets physiques

Les effets directs sur l'amélioration de leur capacité physique ont été rapportés comme facteurs de motivation.

P04 : “c'est une satisfaction aussi de toute façon de faire des choses qu'on n'imaginait pas pouvoir faire encore. Par exemple se lever de chaise sans se tenir comme ça (se tient fermement à la table en face d'elle). Au début, j'ai dit non, c'est trop mal le genou, puis après j'ai essayé et finalement ça va bien.”

P08 : “J'ai plus de résistance au niveau cardio. Euh. Je marchais, j'étais essoufflée comme tout, c'est fini, j'ai un bon point de marche”.

P09 : “Au début, quand ils ont mesuré la distance que je faisais, je dis bah mince, je faisais 300 m, même pas. Donc ce sont des petites victoires à la fin. Maintenant, je fais 7 kilomètres sur le tapis, donc je suis contente”.

Certains participants ont néanmoins rapporté que **des effets négatifs sur leur santé**, comme l'apparition d'autres douleurs, ont freiné leur pratique d'APA. P01 : “Un des freins principaux a été la douleur, ne pouvant quasiment plus marcher”.

Concernant les freins à la pratique de l'APA, des participants ont rapporté **avoir eu un autre problème de santé**, limitant leur pratique d'APA. P02 : “J'ai arrêté juste il y a deux ans, pendant un mois et demi, pour raison médicale, je m'étais fait opérer de mon hallux valgus de mon pied”. P03 : “Et bien ensuite j'ai été opérée d'une hernie hiatale (...) et d'autres maladies qui se sont surajoutées à ce que j'ai déjà”.

9.2.2.1.3. Effets psychologiques

Le bien-être psychologique a été mentionné plusieurs fois, motivant les participants à poursuivre l'APA.

P01 : “psychologiquement, j’avais besoin”.

P05 : “Eh bien le bien-être que j’en retrouve. D’avoir retrouvé pleins de choses : pouvoir respirer, avant je ne pouvais pas. Oui les résultats acquis me motivent encore”.

9.2.2.1.4. Effets thérapeutiques

Les attentes personnelles initiales du patient ont été importantes dans leur motivation.

La principale attente retrouvée a été **le but thérapeutique**, ou au moins d’améliorer leur condition physique.

P02 : “C’est uniquement pour éviter de me retrouver avec un troisième stent ou quelque chose (...) d’éviter d’avoir une récurrence”.

P10 : “les objectifs c’était de perdre du poids. Déjà parce que perdre du poids, c’est diminuer la pression, la tension artérielle”.

Des participants ont estimé que l’activité physique adaptée pouvait **éviter la prise de médicaments**, sans la mettre au même niveau.

P08 : “Moi c’est vraiment quelque chose, oui qui me permet de... De me maintenir je vais dire, pour éviter de... De prendre des médicaments. Donc c’est comme je vais mettre ça au même niveau que la cure thermique pour moi”.

P11 : “C’est en fait, éviter un peu tous les traitements, du moins les diminuer. Tout ce qui est pharmaceutique et tout. Tout ce qui est médicaments. Les diminuer”.

D’autres ont néanmoins rapporté que l’APA était **aussi importante qu’un médicament**.

P08 : “Ah si, si ! Si c’est moi, je dis que c’est le bienfait d’un médicament, moi”.

P10 : “Parce que moi, c’est une prescription médicale. Donc au lieu de prescrire un médicament, on prescrit une activité physique. C’est comme ça que je l’ai interprété, cette chose là aussi”.

Enfin, certains ont vu **l’APA comme une rééducation**, à l’instar d’une prise en charge par un kinésithérapeute. P04 : “je pense que ça peut soulager aussi les kinés, parce qu’il y a des exercices que je fais, que des kinés me font faire. Et ils ont aussi d’autres choses à faire, sinon on manque de tout (rires)”.

9.2.2.2. Le lien social

9.2.2.2.1. Facteur humain et social

Parmi les facteurs sociaux, **l’importance du versant social et humain de l’activité physique adaptée** a été rapportée par la quasi-totalité des participants (10/11), les motivant à poursuivre leur pratique.

“P02 : le lien social est aussi important, surtout pour des gens à partir d’un certain âge”.

“P06 : Et puis humainement, tout le monde est hypersympa. Il y a un petit côté familial qu’on n’a pas à Wake Up[®]”.

“P11 : Ben oui, ça fait plaisir de marcher avec des gens par exemple. Puis on se retrouve, c'est un groupe, on rigole, on blague, ça fait du lien social.”

Parmi les freins sociaux retrouvés, **le manque d'hommes** participant aux séances d'APA a été relevé par une personne, mais également le fait de **se retrouver avec des personnes plus faibles physiquement**.

“P10 : Peut-être, disons la chose qui est un peu dommage, c'est le nombre d'hommes.”

“P06 : Il se trouve qu'on se retrouve dans ces groupes-là avec des gens qui ont apparemment pour moi des capacités physiques qui sont beaucoup, beaucoup moindres.”

L'isolement social dans la vie du participant a été également rapporté comme facteur motivationnel. En effet, **retrouver un groupe via l'APA** les a motivés à commencer, ou à poursuivre leur activité.

“JB : le fait d'être plus isolée, ça a été aussi une motivation à passer à l'acte ? P01 : Ah tout à fait, oui”.

P06 : “Moi, j'ai besoin de cette notion de groupe. Parce que je n'arrive pas à me motiver seul. (...) Là, j'ai une vraie motivation quand je fais une marche avec le groupe. Chose que je ne fais pas si je devais aller acheter ma baguette à pied, je n'irai pas.”

Chez certains patients néanmoins, pratiquer l'activité physique en groupe a pu être vécu comme un frein.

P04 : “Alors côté social il y a quand même quelque chose qui dérange un peu, et je suis pas la seule : c'est que, évidemment, on a une responsable qui est très à l'écoute. Mais du coup, il y a des gens qui viennent raconter leur vie...Et ça c'est un peu pénible”.

9.2.2.2.2. La limite du groupe : le regard des autres

Interrogés sur leurs freins pendant les séances d'APA, les participants ont rapporté craindre **le jugement et le regard des autres participants**.

P05 : “Et bien à vrai dire, ça a été : je vais me retrouver avec qui. Qu'est-ce que je vais voir, comment on va me juger. JB : Le regard des autres. P05 : Le regard des autres oui.”

P08 : “Image corporelle, voilà, le jugement. Enfin je me disais : est ce qu'on va se dire : celle-là, ceci, celle-là, cela, c'était plutôt ça. Mais comme je ne l'avais jamais fait, en gros, je me faisais des fausses idées en fait.”

9.2.2.2.3. L'engagement associatif

Deux participants ont rapporté le fait de s'impliquer dans **la promotion de l'APA**, avec également la notion de **transmettre leur ressenti** autour de l'APA.

P08 : “Oui, j'ai envie de transmettre ce que ça m'apporte et donc tous les points de vue et j'ai envie de le transmettre”.

Plusieurs participants de l'APA s'impliquent maintenant au sein de leur association.

P11 : “Oui, parce qu'en fait, on est en lien avec la maison pluridisciplinaire à Avoine, où on a une convention avec eux. Dès le départ, il y avait le Dr B qui était bien branché sur ces activités-

là. Et puis avec mon prédécesseur, il avait bien marqué les points et tout, puisqu'en fait on a une convention avec eux là, qu'on vient de renouveler.”

9.2.2.3. L'APA vécue comme un challenge

Pour beaucoup de participants, l'APA a été vue **comme un challenge**, afin de prouver à eux-mêmes qu'ils pouvaient y arriver, ou bien pour prouver à leur médecin qu'ils pouvaient atteindre leurs objectifs.

P01 : “C'était une sorte de challenge pour moi”.

P06 : “Et puis il y a toujours ce côté un peu de challenge compétiteur. Quand il me dit (le médecin) : ‘P06, on va passer à l'insuline’, je lui dis : ‘on se revoit dans un mois, puis tu verras, mes taux, ils auront baissé’. Voilà. Mais je suis content quand j'arrive. Et je dis : ‘tu vois, je te l'avais dit’ ”.

P11 : “c'est un petit dépassement de soi en disant : bah tiens, je suis encore capable de faire ça. Oui je pense que c'est important”.

9.2.2.4. L'APA : un plaisir ressenti

L'APA a apporté une **réponse positive à leurs attentes initiales**, apportant une motivation à la poursuite de l'APA.

P03 : “Ça a répondu à mes attentes dans ce qu'on a fait, comment ça se présentait et tout ça. Oui, oui, tout à fait”.

P09 : “Enfin, à la période du Covid, ça c'est clair, j'ai retrouvé du souffle. J'ai retrouvé aussi de la souplesse dans mes mouvements, mais parce que j'ai continué à faire du sport à côté”.

P10 : “Et bien sûr : le plan physique. Parce que si je n'avais pas tous ces trucs-là, je crois que ça serait encore pire. Et puis sur le plan moral aussi”.

Un participant a même ressenti l'APA **comme ‘un tremplin’ pour reprendre l'activité physique**, et l'intégrer dans sa vie personnelle.

P09 : “Pour continuer et reprendre une activité physique. Finalement, ça a été en douceur. En fait, ça m'a fait comme une sorte de tremplin”.

9.2.2.5. L'envie du patient et son état d'esprit

Le niveau d'envie est un levier important à ne pas sous-estimer pour motiver. La majorité des participants ont d'abord rapporté **ne pas avoir eu de frein** avant de commencer l'APA.

P02 : "Aucun frein, puisque la semaine d'après je commençais". P06 : "Il n'y a pas eu de freins". Puis, la plupart éprouvaient **une réelle envie de commencer l'APA**.

P01 : "J'y allais par envie, par désir". P07 : "l'envie était revenue". P08 : "La motivation, c'est que vous vous dites ça fait 50 ans qu'on n'a pas fait de sport de sa vie et qu'il serait peut-être temps déjà d'y aller".

Plusieurs participants ont même rapporté leur **envie d'améliorer encore leur pratique** d'activité physique, après avoir bénéficié de l'APA.

P01 : "Alors, de mon côté, l'idéal serait que j'en fasse aussi chez moi, parce qu'on peut très bien reproduire les mouvements".

P05 : "Peut-être en suivant plus, en allant plus souvent, de rajouter une séance".

Néanmoins, **le manque de motivation** semble avoir été présent chez certains participants, agissant ainsi comme un frein dans leur pratique. P11 : "Oui, j'ai eu une période comme ça où je n'avais pas du tout envie".

L'état d'esprit du patient est important à prendre en compte pour motiver.

Huit patients sur onze rapporté être **motivés ou demandeurs** avant de commencer l'APA.

P02 : "j'étais plutôt motivée".

P06 : "Donc j'y suis allé "Demandeur"".

Néanmoins, cinq étaient **sceptiques ou méfiants** concernant l'APA.

P05 : "Très sceptique. Après « si ça ne me fait pas de bien, ça ne me fera pas de mal quoi ». Voilà ce que je pensais".

P11 : "Peut-être un peu flou au départ, parce que, qu'est-ce qu'on met dedans ? Voilà".

P09 : "Pas confiante. JB : Pas confiante, c'est-à-dire pas confiante? P09 : Parce que par rapport à mon état de santé où j'étais vraiment fatiguée au moindre effort".

Facteurs motivationnels à la pratique de l'APA	
Intrinsèques	Extrinsèques
<p>Les effets sur sa santé</p> <ul style="list-style-type: none"> Effets globaux Effets physiques Effets psychologiques Effets thérapeutiques <p>Le lien social</p> <ul style="list-style-type: none"> Facteur humain et social Limite : le regard des autres L'engagement associatif <p>L'APA : un challenge</p> <p>L'APA : un plaisir ressenti</p> <p>L'envie du patient et son état d'esprit</p>	<p>Le rôle de l'entourage</p> <ul style="list-style-type: none"> Médical Amical et familial <p>Les facteurs socio-économiques, et environnementaux</p> <ul style="list-style-type: none"> Le coût financier Le planning personnel Les distances et horaires La Covid-19 <p>Liées à l'APA</p> <ul style="list-style-type: none"> L'éducateur APA La personnalisation de l'AP Le suivi par l'éducateur APA

Tableau 2 - résumé des facteurs motivationnels à la pratique de l'APA

10. Discussion

10.1. Résultat principal de l'étude

Cette étude portant sur 11 patients ayant bénéficié ou bénéficiant d'activité physique adaptée nous a permis d'explorer les facteurs motivationnels à la pratique de l'APA.

Trois piliers ressortent de l'étude : le rôle du médecin, l'éducateur et l'association proposant l'APA, et la connaissance de son patient.

Premièrement, cette étude met en lumière le rôle du médecin dans la prescription de l'APA : celui-ci manque d'informations, n'en donne pas assez à son patient, et ne communique pas assez autour.

Les patients le ressentent car ils éprouvent de l'importance dans le respect de la prescription médicale (forme d'obligation pour eux).

Deuxièmement : connaître son patient semble important : son niveau d'envie initial, ses attentes concernant l'APA, mais également explorer ses facteurs sociaux comme son statut économique, ou bien son isolement social.

Le développement de l'entretien motivationnel auprès du patient est important, surtout pour ceux dont le niveau de motivation est bas. Cette méthode de communication tournée vers le patient peut permettre une amélioration de sa pratique d'activité physique.

L'éducateur et la structure proposant l'APA sont également importants. En effet, ces derniers permettent de mettre en place des explications concrètes autour de l'APA, des séances d'essai, et une personnalisation - adaptabilité de l'activité physique proposée, chers aux patients interrogés dans cette étude.

Le suivi de l'APA est rapporté comme facteur motivationnel. Médecins et équipe la proposant (éducateur, association) doivent travailler conjointement pour améliorer son suivi, en insistant en particulier sur le suivi de leur ressenti et des bénéfices apportés par l'APA.

Proposer une organisation structurée et pluriprofessionnelle concernant la prescription et le suivi de l'APA semble important. La maison de santé pluridisciplinaire du Véron (Avoine, 37420, région centre, France) propose un programme d'éducation thérapeutique aux patients. Des ateliers d'éducation thérapeutique avec présentations thématiques par différents professionnels (diététicien, EAPA) sont proposés aux patients atteints de diabète et/ou de pathologie cardiovasculaire. Développer ces modes de fonctionnement permettrait une amélioration de la motivation des patients à participer à l'APA.

Troisièmement, concernant le patient : insister sur le gain social semble important. Beaucoup de patients rapportent l'importance de la socialisation, de la création d'un groupe, comme l'implication au sein de l'association, pour se motiver à poursuivre l'APA.

Des axes d'améliorations peuvent être proposés. Parmi les freins, nous retrouvons le coût financier. Nous pouvons donc discuter de l'intérêt d'une proposition de prise en charge par la CPAM ou les mutuelles.

Proposer des horaires adaptés aux actifs semble être important, ainsi qu'un meilleur ciblage de la population pouvant bénéficier de l'APA, impliquant le corps médical comme les services publics. Cela permet de discuter de l'intérêt de l'activité physique dans le cadre de la prévention primaire par exemple.

Il ressort également une envie pour les participants, de multiplier les lieux proposant l'APA, d'associer des conseils nutritionnels, ou bien proposer d'autres types d'APA.

10.2. Validité externe de notre étude

Cohérence externe :

Les résultats de notre étude semblent être en accord avec la littérature.

En juillet 2022, dans son guide "Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte", la Haute Autorité de Santé a résumé les 5 freins majeurs à la prescription d'AP par le médecin traitant. Comme dans notre étude, nous retrouvons le manque de connaissances concernant l'AP et ses impacts sur la santé, l'absence du suivi et du parcours de santé structurés pluriprofessionnels centrés sur la prescription d'AP, et le coût pour le patient de cette AP prescrite⁽⁵³⁾.

Le rôle du médecin est également souligné dans la revue systématique de la littérature de Richards J. & Al⁽⁵⁴⁾, où le rôle de l'entretien motivationnel est détaillé, avec propositions de stratégies utilisées par les médecins en face-à-face avec le patient pour promouvoir l'activité physique.

Dans sa thèse sur les "facteurs d'engagement et de maintien de la pratique de l'activité physique chez les personnes atteintes de pathologies chroniques"⁽⁵⁵⁾, Alexandre Moudenc retrouve également, parmi les facteurs de maintien, l'importance du bénéfice social, du bénéfice thérapeutique, et le fait d'être accompagné par un professionnel dans sa pratique d'AP. Parmi les facteurs d'engagement, il retrouve la volonté de retrouver une meilleure santé physique et morale, ainsi qu'un gain de confiance en soi lors de la pratique d'une AP. Ces facteurs sont retrouvés dans notre étude.

L'étude de Julie Boiché : "Barrières à l'activité physique : constats et stratégies motivationnelles"⁽⁴³⁾ propose des techniques permettant d'agir sur la motivation concernant l'activité physique. Elles sont résumées dans le tableau ci-après.

Techniques permettant d'agir sur la motivation

Information	Donner/rappeler des informations sur les effets bénéfiques de l'activité physique régulière, sur un ensemble de dimensions (biologiques, psychologiques et sociales) et les mettre en lien avec les situations vécues et changements constatés sur soi
Opportunités	Proposer différentes possibilités de pratique d'activité physique, prenant en compte les goûts individuels et les préférences personnelles (nature de l'activité, supervision/pratique autonome, pratique conjointe avec d'autres patients ou non)
Anticipation et gestion des barrières	Anticiper individuellement les barrières à l'activité physique, les conflits potentiels entre l'activité physique et les autres activités, anticiper la possibilité que la personne ne pratique plus d'activité physique pendant certaines périodes ; prévoir la meilleure façon de faire face à ces événements pour l'individu
Fixation d'objectifs	Choix personnel de la nature, la fréquence, l'intensité et la durée de l'activité physique pratiquée ; rappel des objectifs fixés et des séances prévues ; système de <i>feedback</i> permettant d'évaluer l'évolution vers les objectifs et de recevoir des encouragements
Monitoring	Suivi de l'adoption du comportement d'activité physique, pouvant être réalisé par la personne (tenue d'un journal) ou un membre de son entourage
Rappel d'expérience	Se remémorer une situation personnelle vécue comme une expérience positive de pratique d'activité physique, ou comme une réussite dans ses tentatives d'inscrire l'activité physique dans son nouveau style de vie
Partage d'expérience :	Témoignage d'autres patients indiquant avoir rencontré les mêmes difficultés ou doutes vis-à-vis de la pratique d'activité physique, ayant constaté des bénéfices d'une pratique d'activité physique durable, ou ayant réussi à mettre en place le comportement de façon régulière
Soutien social	Soutien de la démarche et encouragements par les proches, voire pratique conjointe de l'activité physique ; soutien de l'environnement médical et d'autres professionnels
Réévaluation cognitive	Travail sur les pensées récurrentes à l'égard de l'activité physique afin de favoriser une évolution, d'un versant négatif (tourné sur les coûts et les risques) vers des pensées positives tournées vers les capacités et les bénéfices
Entretien motivationnel	Méthode clinique d'accompagnement du changement de comportement, basée sur une approche non directive, l'initiative du patient, la minimisation de la résistance au changement et la prise en compte de son ambivalence

Notre étude révèle également l'importance de l'information, du soutien social, et de l'entretien motivationnel.

Limites et biais :

La population d'étude visait une hétérogénéité maximale, afin de se rapprocher le plus possible de la réalité en pratique de médecine générale.

Cependant, il y avait peu d'actifs et beaucoup de participants retraités dans cette étude. L'âge moyen des participants (65 ans) peut également représenter une limite et un biais de sélection. En effet, l'APA ne s'adresse pas exclusivement aux patients retraités, mais également aux jeunes et aux actifs.

Par ailleurs, il n'y avait que 4 hommes pour 7 femmes. Inclure plus d'hommes aurait permis de limiter le biais de sélection sur le genre.

Deux associations issues du même bassin géographique du Chinonais ont permis le recrutement des participants, un biais de sélection type géographique peut ainsi être discuté.

Parmi les participants, seuls 3 participants avaient arrêté l'APA. Inclure d'autres participants ayant arrêté leur pratique aurait permis d'avoir d'autres réponses concernant les raisons de leur arrêt.

Enfin, les patients contactés étaient volontaires pour participer à l'étude, il s'agissait majoritairement de participants motivés et demandeurs. Inclure davantage de participants déçus par l'APA aurait pu apporter d'autres types de réponse.

Cette étude n'étudie pas les patients ayant reçu une information, une communication et/ou une prescription d'APA, mais qui n'ont jamais commencé leur pratique. Des études complémentaires sur cette population pourraient être nécessaires afin de mettre en lumière les freins qui empêchent l'initiation de l'activité physique adaptée.

10.3. Validité interne de notre étude

Sur la partie “introduction”, la force de notre travail a été la richesse de documentation retrouvée sur les effets de l’activité physique sur la santé.

Elle permet d’informer les praticiens sur ce qu’est l’activité physique adaptée, et son cadre légal.

Sur la partie “matériel et méthodes”, le choix d’une étude qualitative était parfaitement adapté. Les critères de qualité d’une étude qualitative (COREQ) ont été respectés.

Il existe un biais de recueil des données, compte tenu de la faible expérience de l’enquêteur quant à la réalisation et à la pratique des entretiens.

Les limites résident dans l’absence de véritable triangulation dans l’analyse des résultats : seul l’investigateur a pu coder les verbatims récupérés, la directrice du travail ayant vérifié les données de l’analyse (biais d’évaluation).

Une des forces réside également dans le caractère multicentrique (2 associations ont permis le recrutement des participants) de notre étude.

10.4. Perspectives

En pratique, par l’identification de ce qui a motivé ou freiné le patient dans sa pratique de l’APA, notre étude permet aux praticiens d’adapter leur discours pour proposer de l’activité physique adaptée aux patients, afin de favoriser leur adhésion et leur observance.

Une prise en charge financière au moins partielle par l’assurance maladie et les mutuelles, pourrait faciliter l’accès et la poursuite de l’APA. Des études complémentaires pour évaluer le bénéfice financier d’un remboursement de l’APA en France semblent être nécessaires.

Améliorer la structuration de l’offre d’APA, en développant l’éducation thérapeutique, pourrait également permettre à l’APA d’être mieux connue, et aider le patient dans sa pratique au quotidien.

11. Conclusion

L'activité physique adaptée est une thérapeutique relativement récente dans l'histoire de la médecine (2017). Ses effets sur la santé sont maintenant démontrés par la science. L'adhésion du patient au concept d'APA manquait d'explorations.

Cette étude qualitative auprès de 11 patients bénéficiant ou ayant bénéficié d'APA a permis d'isoler les facteurs motivationnels liés à leur pratique de l'activité physique adaptée.

Les facteurs motivationnels retrouvés sont soit externes au patient, soit internes.

Les facteurs motivationnels externes sont liés à l'entourage du patient (rôle médical, rôle de l'entourage), liés à l'APA (l'éducateur, le côté personnalisé, le suivi de l'AP), ou liés aux facteurs socio-économiques du patient (coût financier, planning personnel, distances et horaires).

Les facteurs motivationnels internes sont les effets bénéfiques retrouvés de l'APA sur la santé du patient (globaux, physiques, psychologiques, thérapeutiques), le gain social, l'état d'esprit du patient avant de commencer l'APA, le plaisir ressenti et la réponse à leurs attentes initiales, ainsi que le niveau d'envie du patient.

Pour améliorer la pratique d'activité physique adaptée, il faut améliorer la formation et la communication des professionnels de santé autour de l'APA. Il faut également mieux connaître le patient (plan social, plan économique). Du point de vue économique, proposer une prise en charge au moins partielle de l'APA pourrait permettre une amélioration de leur motivation à pratiquer l'APA. Des études complémentaires pour évaluer le bénéfice financier de cette mesure sont nécessaires.

Pour le médecin, développer une meilleure communication avec le patient en s'appuyant sur l'entretien motivationnel est une solution à proposer. Auprès du patient, il faut insister sur le gain social et les résultats acquis grâce à l'APA.

Enfin, il faut structurer et organiser l'offre d'APA en établissant un lien avec l'éducateur APA et/ou l'association proposant l'APA. Le développement d'ateliers d'éducation thérapeutique peut permettre d'améliorer la motivation des patients envers l'APA. Des études complémentaires sur l'impact des ateliers d'éducation thérapeutique pourraient être intéressantes.

12. Annexes

Annexe n°1 - Test de marche des 6 minutes

Test de marche de 6 minutes (6 MWT)

Qui peut réaliser ce test ? Tout acteur sport santé formé à la réalisation de ce test. La prise en charge par l'assurance maladie après prescription de ce test par le médecin traitant peut se faire lorsqu'un kiné est l'opérateur de ce bilan.

Avant le Test

Assurez-vous que vous avez déjà obtenu un antécédent médical du patient ayant pris en compte toutes les précautions et les contre-indications à l'épreuve d'effort. Le patient doit porter des vêtements confortables, des chaussures appropriées et avoir mangé au moins deux heures avant le test. Il peut s'hydrater avant le test.

Il est conseillé de vérifier :

- La pression artérielle.
- La fréquence cardiaque.

Les contre-indications à respecter :

- Poussée de température ou fatigue anormale.
- Météo peu propice (froid, chaleur, pollution atmosphérique).
- Tachycardie avant le début du test.
- Ta : PA systolique > 180 mmHg ou une PA diastolique > 100 mmHg.
- Angor instable, infarctus du myocarde datant de moins d'un mois.
- Dyspnée anormale et douleur thoracique initiale.
- Tous signes cliniques anormaux et inhabituels.

Expliquez au patient la démarche globale et l'attente du résultat comme suit :

Vous allez maintenant faire un test de marche de six minutes ; l'objet de ce test est de marcher aussi vite que vous pouvez pendant six minutes. Nous vous informerons du temps écoulé et restant au fur et à mesure de son déroulement.

Vous pouvez ralentir si nécessaire et même vous arrêter mais il est préférable de continuer à marcher même lentement. Vous serez encouragé à faire de votre mieux. Afin de marcher autant que possible dans les six minutes.

Vous devez arrêter si vous avez des douleurs à la poitrine, des étourdissements, des palpitations ou un essoufflement anormal. Lorsque les six minutes sont écoulées, arrêtez-vous afin que l'on puisse enregistrer votre distance parcourue.

RECOMMANDATIONS TECHNIQUES IDÉALES

Le 6 MWT est un test simple qui exige un parcours de 30 mètres, au calme, en intérieur, plat, idéalement dans un couloir rectangulaire rectiligne. Le trajet doit être balisé tous les 3 mètres par des marques de couleur.

Le demi-tour doit être visualisé avec un cône. Quelques études ont utilisé des couloirs de 20 et 50m. Il est souhaitable de matérialiser la ligne de départ par une bande de couleur. Une check-list permet de préparer le matériel nécessaire à la réalisation du test.

Les instructions :

Selon l'American Thoracic Society (ATS) protocole, les instructions doivent être données aux patients de la manière suivante :

Le but de ce test est de marcher le plus possible pendant 6 minutes. Vous marcherez aller et retour dans ce couloir. Marcher six minutes est un temps long et donc vous devez faire un

effort. Vous allez sûrement vous sentir hors d'haleine ou fatigué, vous pouvez donc ralentir, vous arrêter et vous reposer si nécessaire.

Vous pouvez vous appuyer contre le mur pour vous reposer. Mais reprenez la marche dès que vous en êtes capable. Vous passerez de part et d'autre des cônes, vous parcourez le couloir aller et retour en tournant autour des cônes rapidement et en continuant dans l'autre sens sans hésitation.

- Le score est compris entre 0 mètre pour une personne non ambulatoire et à peu près 900 mètres un sujet en bonne santé.

Au cours du test

Commencez le test en demandant au patient de *Commencez à marcher maintenant.*

Mais :

- La piste de marche devrait être la même disposition pour tous les tests pour les patients : le terrain doit être plat sans obstacle et d'un revêtement agréable et confortable. La longueur sans virage doit être d'au moins 25 mètres.
- La température ambiante et l'humidité doivent être supportables autour de l'habitude pour la saison.

Puis : surveillez le patient et l'apparition de signes ou symptômes indésirables.

Encouragez-le pendant le test :

- 1 minute : *Cinq minutes de la fin (le nom du patient). Faites de votre mieux !*
- 2 minutes : *Quatre minutes de la fin (le nom du patient). Vous vous débrouillez très bien !*
- 3 minutes : *A mi-chemin – trois minutes de la fin (le nom du patient). Faites de votre mieux !*
- 4 minutes : *Deux minutes de la fin (le nom du patient). Vous vous débrouillez très bien !*
- 5 minutes : *Une minute de la fin (le nom du patient). Faites de votre mieux !*

À la fin du test

- Demandez au patient de poser le marqueur sur la distance parcourue ou relevez celle-ci de suite.
- Le patient peut continuer à marcher lentement ou se reposer immédiatement.
- Vous pouvez reprendre la fréquence cardiaque et la tension artérielle.

Le patient doit rester au repos et se réhydrater pendant au moins 15 minutes suite à ce test.

Matériel

A noter que l'on peut se munir des outils suivants :

- Podomètre
- Cardiafréquencemètre
- Oxymètre de pouls
- Moniteur à bras de prise de tension
- Bouteille d'oxygène
- Défibrillateur

Si le patient ne termine pas les six minutes :

- Permettre au patient de s'asseoir sur une chaise, s'il le souhaite.
- Mesure de sa tension et de la fréquence cardiaque.
- Mise au doigt de l'oxymètre de pouls.
- Demander au patient pourquoi il s'est arrêté.
- Noter le temps de marche et la distance et éventuellement le nombre de pas (podomètre).
- Surveiller le patient avant son retour à domicile.
- Avertir éventuellement son médecin ou la famille.

Arrêtez le test dans les cas suivant :

- La douleur thoracique, palpitations.
- Confusion mentale ou manque de coordination et d'équilibre.
- Étourdissements ou malaise.
- Dyspnée intolérable.
- Crampes dans les jambes ou d'extrême fatigue musculaire des jambes.
- Toute autre raison cliniquement justifiée.

Distance attendue pour un 6 MWT chez un sujet sain

Distances en mètres	peu de mobilité	encourageant	bonne progression	le but est proche	bonne mobilité
femmes 50-59 ans	464	498	533	568	603
femmes + de 60 ans	407	441	476	511	546
hommes 50-59 ans	535	575	613	651	689
homme + de 60 ans	485	524	562	600	638

Source : [PAUL L. ENRIGHT](#) et [DUANE L. SHERILL](#).

Ci-dessous, un tableau permettant la classification d'un patient pour prescrire le sport et santé sur ordonnance.

Distance en mètres	Le test 6 minutes marche			
	Bonne mobilité aucune limitation fonctionnelle	Limitation minime (82%)	Limitation modérée	Moins de pas de mobilité Limitation sévère
femmes 60 à 69 ans	+ 530	De 425 à 530	De 150 à 425	Inférieur à 150 mètres
femmes 70 à 79 ans	+ 470	De 375 à 470	De 150 à 375	Inférieur à 150 mètres
hommes 60 à 69 ans	+ 580	De 465 à 580	De 150 à 465	Inférieur à 150 mètres
homme 70 à 79 ans	+ 520	De 415 à 520	De 150 à 415	Inférieur à 150 mètres

Annexe n°2 - Grille COREQ (Consolidated, Critere for Reporting, Qualitative studies) - Liste de vérification à trente-deux éléments

Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles :

Numéro de l'élément	Item	Question / description	Réponse
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Jean-Baptiste Boitel
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne de Médecine Générale, 6 semestres d'internat validés
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Médecin généraliste remplaçant
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Un Homme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative

Relations avec les participants :

Numéro de l'élément	Item	Question / description	Réponse
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Flyer de présentation envoyé par mail aux participants, et présentation orale en début d'entretien
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Absence de conflit d'intérêts

Domaine 2 : conception de l'étude

Cadre théorique :

Numéro de l'élément	Item	Question / description	Réponse
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse de contenu. Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

Sélection des participants :

Numéro de l'élément	Item	Question / description	Réponse
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Raisonné avec critère de variation maximale
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	11
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	1 personne a refusé de participer à l'étude

Contexte :

Numéro de l'élément	Item	Question / description	Réponse
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Domicile, Lieu de l'activité physique adaptée
15	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Présentées dans le tableau 1 de la partie "résultats"

Recueil des données :

Numéro de l'élément	Item	Question / description	Réponse
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui, via un guide d'entretien, testé lors des premiers entretiens
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non, un seul entretien par participant
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio avec accord écrit, daté et signé par le participant
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Non
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Durée moyenne de 42 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Seuil de saturation atteint au 11 ^{ème} entretien
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Oui, uniquement pour les participants le demandant

Domaine 3 : analyse et résultats

Analyse des données :

Numéro de l'élément	Item	Question / description	Réponse
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Une seule : l'enquêteur. Vérification du codage par la directrice du travail
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Thèmes déterminés à partir des données

27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Retranscription écrite des entretiens : Sonix® Codage : NVivo®
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction :

Numéro de l'élément	Item	Question / description	Réponse
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, présentation de verbatims
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe n°3 - Flyer de présentation envoyé par mail aux participants

Bonjour,

Je suis **Jean-Baptiste Boitel**, médecin remplaçant en médecine générale, à Tours. Pour achever ma formation, je dois réaliser une **thèse d'exercice en médecine générale**.

J'ai choisi le thème de **l'activité physique adaptée** parce que la pratique sportive me tient à cœur personnellement. Étant moi-même atteint d'une pathologie chronique, je ressens depuis mon plus jeune âge l'impact positif, mais aussi les contraintes sur ma vie quotidienne, que l'activité physique, le sport, entraîne sur moi-même, ma vie, et surtout dans la prise en charge de ma pathologie.

C'est ainsi que j'ai voulu savoir ce qu'il se passait également dans la tête des autres personnes, patients comme moi, qui pratiquent une activité physique.

Vous avez bénéficié d'une prescription d'APA = Activité physique adaptée de la part de votre médecin traitant, **bravo !**

Venez **partager** votre expérience avec moi sur ce sujet, pour m'aider à réaliser ma thèse portant sur les facteurs motivationnels à l'activité physique adaptée prescrite par votre médecin, lors d'un entretien ensemble.

Votre mission, si vous l'acceptez, est d'échanger avec moi autour du sujet de l'activité physique adaptée, via un questionnaire.

Lors de cet entretien, je vais vous poser des questions auxquelles il faudra que vous répondiez ouvertement, selon votre ressenti. Cela m'aidera à comprendre votre compréhension de l'activité physique adaptée, mais aussi des événements ayant influé sur l'initiation et la poursuite ou non de l'activité physique adaptée prescrite par votre médecin.

L'entretien sera enregistré sur un dictaphone, puis retranscrit à l'écrit. Toutes les données enregistrées, ainsi que les retranscriptions, sont purement confidentielles dans le cadre du secret médical et seront anonymisées. Avant de commencer cet entretien, vous aurez à signer un consentement d'enregistrement audio.

À très vite !
Sportivement,



Jean-Baptiste Boitel

Annexe n°4 - Grille d'entretien

Date :

Lieu de l'entretien :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

Profession et catégorie socioprofessionnelle :

Situation professionnelle :

Ville du lieu d'habitation :

Première partie : l'activité physique adaptée pour le patient

Première question (brise-glace) : pour vous, qu'est-ce que l'activité physique adaptée ?

Deuxième question : concernant l'activité physique, qu'en est/était-il pendant votre activité professionnelle ? Et pendant vos loisirs ?

Troisième question : en recevant la prescription d'activité physique adaptée de votre médecin, quel(s) type(s) d'activité(s) physique(s) pensiez-vous faire ? Quelles attentes aviez-vous avant de commencer l'activité physique adaptée ?

Quatrième question : d'ailleurs, que savez-vous sur les effets de l'activité physique adaptée ? Et sur votre pathologie en particulier ?

Deuxième partie : l'observance du patient dans l'activité physique adaptée

Première question (brise-glace) : qui vous a informé de l'existence de l'activité physique adaptée ? Est-ce votre médecin (spécialiste, généraliste) ?

Deuxième question : Dans quel état d'esprit étiez-vous avant de commencer l'APA ? (*si pas de réponse, orientations possibles à proposer = état de motivation : non impliqué ? demandeur ? déjà motivé ? non motivés ? ambivalent ?*)

Troisième question : Vous concernant, entre le moment de la prescription de l'APA et l'initiation de l'activité, qu'est-ce qui selon vous, vous a motivé à démarrer l'APA ? (*reformulation possible = qu'est-ce qui vous a aidé à passer à l'acte ? Qu'est-ce qui a pu aider à cela ?*)
A l'inverse, qu'ont été les freins à débiter l'APA ? (*reformulation possible = qu'est-ce qui a pu vous freiner à débiter l'APA ? Les difficultés, obstacles que vous avez rencontrés personnellement*)

Quatrième question : Concernant le rôle de votre médecin généraliste lors de la prescription initiale de l'APA, quels étaient ses arguments pour vous encourager à débiter l'APA ?

Dans votre cas, quels étaient parmi ses arguments, celui ou ceux qui ont été déterminants pour débiter l'APA ?

Qu'avez-vous pensé du niveau d'information donné par votre médecin traitant sur l'APA ?

Cinquième question : Une fois l'APA commencée, qu'est-ce qui, pour vous, vous incite à poursuivre l'activité physique adaptée prescrite par votre médecin ? Quelles sont vos motivations ? (*si pas de réponse, orientations possibles à proposer = plaisir ? pour gagner, performer ? pour maigrir ? pour se muscler ? amélioration de l'image de soi ? pour rencontrer des amis, côté social ? pour la santé ?*)

Sixième question : inversement, qu'est-ce qui, pour vous, vous freine dans la pratique de l'activité physique adaptée prescrite par votre médecin ? (*si pas de réponse, orientations possibles à proposer = manque de temps ? la météo ? la distance ? manque d'envie ? revenus limités ? manque de connaissance sur l'activité physique ? APA inutile pour leur pathologie ? Expériences sportives négatives, douloureuses ? Manque de confiance en soi, vais-je en être capable ? Procrastination ? Difficultés à se fixer des objectifs précis ?*)

Septième question : êtes-vous satisfait de votre pratique d'activité physique adaptée ? Comment pensez-vous améliorer votre pratique : côté patient d'une part, côté médecin/corps médical d'autre part ?

Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prescription d'APA ?

Clôture de l'entretien

L'entretien est terminé.

Récupération du formulaire d'information et de consentement signé par la personne interrogée.

Questions de fin d'entretien : Quelles ont été vos impressions générales à propos de l'entretien ? Par rapport au sujet de l'étude, y a-t-il d'autres questions dont vous souhaiteriez me parler et qui sont à ajouter, selon vous ?

Je vous remercie beaucoup de votre participation, si cela vous intéresse je vous tiendrai informé des résultats de mon travail.

13. Bibliographie

1. Duclos M. Bulletin Académie Nationale de Médecine, 2017 - Activités physiques et sportives : des preuves scientifiques à la prise en compte par les pouvoirs publics en prévention. Bull Académie Natl Médecine. avr 2017;201(4-6):855-68.
2. Organisation mondiale de la santé. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. 2010.
3. Wen CP, Wu X. Stressing harms of physical inactivity to promote exercise. The Lancet. juill 2012;380(9838):192-3.
4. Patel AV, Bernstein L, Deka A, Feigelson HS, Campbell PT, Gapstur SM, et al. Leisure Time Spent Sitting in Relation to Total Mortality in a Prospective Cohort of US Adults. Am J Epidemiol. 15 août 2010;172(4):419-29.
5. Metabolic Responses to Reduced Daily Steps in Healthy Nonexercising Men - JAMA, 2008.pdf.
6. Krogh-Madsen R, Thyfault JP, Broholm C, Mortensen OH, Olsen RH, Mounier R, et al. A 2-wk reduction of ambulatory activity attenuates peripheral insulin sensitivity. J Appl Physiol. mai 2010;108(5):1034-40.
7. Jonathan M, Manish P, Victor F, Dat D, Sara P, Edwin AJ. Exercise Capacity and Mortality among Men Referred for Exercise Testing. N Engl J Med. 2002;
8. Mark DB, Lauer MS. Exercise Capacity: The Prognostic Variable That Doesn't Get Enough Respect. Circulation. 30 sept 2003;108(13):1534-6.
9. Marshall AL, Smith BJ, Bauman AE, Kaur S. Reliability and validity of a brief physical activity assessment for use by family doctors. Br J Sports Med. mai 2005;39(5):294-7.
10. Pedersen BK. The diseasome of physical inactivity - and the role of myokines in muscle-fat cross talk: Diseasome of physical inactivity. J Physiol. 1 déc 2009;587(23):5559-68.
11. Van Guilder GP, Hoetzer GL, Smith DT, Irmiger HM, Greiner JJ, Stauffer BL, et al. Endothelial t-PA release is impaired in overweight and obese adults but can be improved with regular aerobic exercise. Am J Physiol-Endocrinol Metab. nov 2005;289(5):E807-13.
12. Pitsavos C, Panagiotakos DB, Chrysohoou C, Kavouras S, Stefanadis C. The associations between physical activity, inflammation, and coagulation markers, in people with metabolic syndrome: the ATTICA study.
13. Yamaoka K, Tango T. Efficacy of Lifestyle Education to Prevent Type 2 Diabetes. DIABETES CARE. 2005;28(11).
14. Roberts CK, Barnard RJ. Effects of exercise and diet on chronic disease. J Appl Physiol. janv 2005;98(1):3-30.
15. Li J, Siegrist J. Physical Activity and Risk of Cardiovascular Disease—A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. Int J Environ Res Public Health. 26 janv 2012;9(2):391-407.
16. Wang F, Orpana HM, Morrison H, de Groh M, Dai S, Luo W. Long-term Association Between Leisure-time Physical Activity and Changes in Happiness: Analysis of the Prospective National Population Health Survey. Am J Epidemiol. 15 déc 2012;176(12):1095-100.
17. Schuler G, Adams V, Goto Y. Role of exercise in the prevention of cardiovascular disease: results, mechanisms, and new perspectives. Eur Heart J. 2 juin 2013;34(24):1790-9.
18. Brown JC, Winters-Stone K, Lee A, Schmitz KH. Cancer, Physical Activity, and Exercise. In: Terjung R, éditeur. Comprehensive Physiology. 1^{re} éd. Wiley; 2012. p. 2775-809.
19. Duclos M. Activité physique et cancer du sein et du côlon : l'activité physique basée sur les preuves scientifiques. Sci Sports. déc 2009;24(6):273-80.
20. De Schryver AM, Keulemans YC, Peters HP, Akkermans LM, Smout AJ, De Vries WR, et al. Effects of regular physical activity on defecation pattern in middle-aged patients complaining of chronic constipation. Scand J Gastroenterol. avr 2005;40(4):422-9.

21. Rector RS, Thyfault JP. Does physical inactivity cause nonalcoholic fatty liver disease? *J Appl Physiol*. déc 2011;111(6):1828-35.
22. Kistler KD, Brunt EM, Clark JM, Diehl AM, Sallis JF, Schwimmer JB. Physical Activity Recommendations, Exercise Intensity, and Histological Severity of Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Am J Gastroenterol*. mars 2011;106(3):460-8.
23. Berzigotti A, Saran U, Dufour JF. Physical activity and liver diseases. *Hepatology*. mars 2016;63(3):1026-40.
24. Banim PJR, Luben RN, Wareham NJ, Sharp SJ, Khaw KT, Hart AR. Physical activity reduces the risk of symptomatic gallstones : a prospective cohort study. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. août 2010;22(8):983-8.
25. Ram FSF, Robinson SM, Black PN. Effects of physical training in asthma : a systematic review.
26. Bourjeily G, Rochester CL. Exercise training in chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Chest Med*. 2000;
27. Simpson L, McArdle N, Eastwood PR, Ward KL, Cooper MN, Wilson AC, et al. Physical Inactivity Is Associated with Moderate-Severe Obstructive Sleep Apnea. *J Clin Sleep Med*. 15 oct 2015;11(10):1091-9.
28. HAS. Haute Autorité de Santé. Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose, 2006.pdf.
29. Steiner JL, Bigatti SM, Ang DC. Trajectory of change in pain, depression, and physical functioning after physical activity adoption in fibromyalgia. *J Health Psychol*. juill 2015;20(7):931-41.
30. Callahan LF, Ambrose KR. Physical activity and osteoarthritis – considerations at the population and clinical level. *Osteoarthritis Cartilage*. janv 2015;23(1):31-3.
31. Kannus P. Effect of Starting Age of Physical Activity on Bone Mass in the Dominant Arm of Tennis and Squash Players. *Ann Intern Med*. 1 juill 1995;123(1):27.
32. Dorion-Coupal K, Gauthier P. L'activité physique, déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus : avis du Comité scientifique de Kino-Québec. 2002.
33. Kandola A, Vancampfort D, Herring M, Rebar A, Hallgren M, Firth J, et al. Moving to Beat Anxiety: Epidemiology and Therapeutic Issues with Physical Activity for Anxiety. *Curr Psychiatry Rep*. août 2018;20(8):63.
34. Gordon BR, McDowell CP, Lyons M, Herring MP. The Effects of Resistance Exercise Training on Anxiety : A Meta-Analysis and Meta-Regression Analysis of Randomized Controlled Trials. *Sports Med*. déc 2017;47(12):2521-32.
35. Journal Officiel de la République Française. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. 2016.
36. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Loi n°2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France - Journal Officiel de la République Française. 2022.
37. Ministères des solidarités et de la santé. Programme National Nutrition Santé 2019-2023. 2018.
38. Ministères des solidarités et de la santé, Ministère des sports. Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024. 2018.
39. Physical activity prescription - Article résumé de la Thèse d'exercice de docteur en médecine générale d'Alexis Astruc - *European Journal of Public Health*, 2022.pdf.
40. Rucar B, Bacquaert P. Sport santé sur ordonnance: analyse des ressentis et des freins concernant la prescription d'activités physiques adaptées pour les patients en ALD chez des médecins généralistes ayant réalisés une formation à cette prescription. 2018.
41. Activité physique - Mieux connaître et prendre en compte les motivations des publics à la pratique d'AP - IREPS Rhône-Alpes, 2010.pdf.

42. Regad M, Combeaux E. Le sport, une nouvelle thérapie? Ressenti des patients bénéficiant d'un programme d'activité physique adaptée en Isère et en Haute-Savoie. Thèse Exerc Dr En Médecine Générale. 20 mai 2020;
43. Boiché J, Perrin, Claire, Ninot G, Varray A. Barrières à l'activité physique : constats et stratégies motivationnelles. Bull Epidemiol Hebd. 2020;
44. Burton E, Farrier K, Lewin G, Pettigrew S, Hill AM, Airey P, et al. Motivators and Barriers for Older People Participating in Resistance Training : A Systematic Review. J Aging Phys Act. avr 2017;25(2):311-24.
45. Graham S, Weiner B. Theories and principles of motivation. In : Berliner DC, Calfee RC (eds.). Handbook of Educational Psychology. New York: Macmillan, 1996:63-84.
46. Viau R. La motivation en contexte scolaire. De Boeck. Bruxelles; 2009.
47. Rollnick S, R. Miller W, C. Butler C. Motivational interviewing in health care : helping patients change behavior (second edition). First Edition. 2022.
48. Maslow A. Motivation and Personality, New York, Harper & Row, 1954.pdf.
49. Herzberg F. Le travail et la nature de l'homme. Paris : Entreprise moderne d'édition. 1971. (L'entreprise et les hommes : 1).
50. Beauvillain C. Association Action Sport Santé Nutrition [Internet]. Action Sport Santé Nutrition. Disponible sur: <https://sportsantenutrition.fr/>
51. Sorais P. Association Sport Santé dans le Pays du Chinonais [Internet]. Sport Santé dans le Pays du Chinonais. Disponible sur: <https://sport-sante-paysduchinonais.org/>
52. Nicolas A. Maison Sport-Santé Ouest Touraine - Ensemble, sculptons votre avenir [Internet]. Maison Sport-Santé Ouest Touraine. Disponible sur: <https://maisonsportsanteouesttouraine.wordpress.com/>
53. Haute Autorité de Santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. 2022.
54. Richards J, Foster C, Thorogood M, Hillsdon M, Kaur A, Wickramasinghe KK, et al. Face-to-face interventions for promoting physical activity. The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Libr. 28 févr 2013;
55. Moudenc A. Facteurs d'engagement et de maintien de la pratique de l'activité physique chez les personnes atteintes de pathologies chroniques. Université Côte d'Azur; 2021.

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right. The signature is positioned to the left of a vertical line.

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

BOITEL Jean-Baptiste

59 pages – 2 tableaux

Résumé :

Introduction

L'activité physique et l'inactivité sont directement liées à la morbi-mortalité chez l'être humain. Les bienfaits de l'activité physique sur la santé sont maintenant démontrés scientifiquement. En 2017, le concept d'activité physique adaptée aux comorbidités et aux handicaps des patients a été créé. Il s'agit d'une prescription médicale d'activité physique encadrée, et adaptée aux patients souffrant de pathologie chronique. Le vécu et la prescription d'activité physique adaptée ont été étudiés chez les médecins, moins chez les utilisateurs-patients.

L'objectif de cette étude est d'explorer les facteurs motivationnels à la pratique de l'activité physique adaptée décrits par les patients.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle qualitative. Elle a été réalisée grâce à des entretiens semi-dirigés auprès de patients issus du bassin géographique du Chinonais (France, région centre, 37) bénéficiant ou ayant bénéficié d'activité physique adaptée. Les patients ont été choisis afin d'avoir une population d'individus la plus hétérogène possible. Le recrutement s'est arrêté quand le recueil des données n'a plus apporté de nouvelle information utile (saturation des données).

Résultats

11 entretiens ont été réalisés entre Octobre 2022 et Mai 2023, permettant une saturation des données. L'analyse des entretiens a permis d'isoler des facteurs motivationnels externes et internes au patient. Les facteurs motivationnels externes sont liés à l'entourage du patient (rôle médical, rôle de l'entourage), liés à l'APA (l'éducateur, le côté personnalisé, le suivi de l'AP), ou liés aux facteurs socio-économiques du patient (coût financier, planning personnel, distances et horaires). Les facteurs motivationnels internes sont les effets bénéfiques retrouvés de l'APA sur la santé du patient (globaux, physiques, psychologiques, thérapeutiques), le gain social, l'état d'esprit du patient avant de commencer l'APA, le plaisir ressenti et la réponse à leurs attentes initiales, ainsi que le niveau d'envie du patient.

Discussion

Les résultats de notre étude sont en accord avec la littérature. Ils mettent en lumière l'importance du médecin prescripteur d'activité physique adaptée (information, communication). Pour améliorer la prescription d'activité physique adaptée, il en résulte de mieux connaître son patient, de mieux communiquer avec lui (entretien motivationnel), d'insister sur les effets bénéfiques de l'APA sur leur santé, et d'insister sur l'aspect personnalisé de l'activité physique adaptée. Parmi les axes d'amélioration, améliorer la structuration de l'offre d'APA (relations entre le corps médical et l'éducateur APA-l'association APA), multiplier les lieux proposant de l'activité physique adaptée, proposer une prise en charge financière par l'assurance maladie et/ou mutuelles, ou bien développer l'éducation thérapeutique autour de l'APA peuvent être des axes d'amélioration concernant l'APA.

Mots clés : Activité physique adaptée – facteurs motivationnels – relation médecin-malade – information – communication

Jury :

Président du Jury :	Professeur Fabrice IVANES
Directeur de thèse :	<u>Docteur Laurène PROD'HOMME</u>
Membres du Jury :	Docteur Cécile RENOUX-JACQUET
	Docteur Anaïs JACQUOT

Date de soutenance : 22 Juin 2023