

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le 2 juin 2020

par

Emmanuelle BARDIN et Jeanne SAVOURET-GREFF

**Promouvoir l'activité physique en prévention primaire : les représentations
des patients inactifs et sédentaires**

-

Étude qualitative des représentations des patients

Directeur de thèse : Docteur Odile BOURGEOIS

JURY :

Monsieur Professeur Pierre MESTHÉ

Président

Monsieur le Docteur Marc BONNEFOY

Assesseur

Madame le Docteur Odile BOURGEOIS

Assesseur

Monsieur le Docteur Fabien PILLARD

Assesseur



**TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019**

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROUQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		
		Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis
		Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
		Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
		Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
		Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
		Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
		Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
		Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
		Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
		Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
		Professeur Honoraire	M. CONTÉ Jean
		Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
		Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
		Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
		Professeur Honoraire	M. DELISLE Marie-Bernadette
		Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
		Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
		Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
		Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
		Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
		Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
		Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
		Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
		Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
		Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
		Professeur Honoraire	M. MURAT
		Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
		Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
		Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
		Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET Philippe
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.		
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	P.U. Médecine générale	
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. MESTHÉ Pierre	
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie		
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	Professeur Associé Médecine générale	
M. GAME Xavier	Urologie	M. ABITTEBOUL Yves	
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie		
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène	
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	Mme MALAUAUD Sandra	
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		
P.U. Médecine générale			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			
Professeur Associé de Médecine Générale			
Mme IRI-DELAHAYE Motoko			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M.C.U. - P.H

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOUME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOLAA Bruno
Mme PUECH Marielle

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMALHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Remerciements

Au président du jury, Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Nous vous remercions et sommes honorées que vous ayez accepté de présider ce jury.

À notre directrice de thèse, Madame le Docteur Odile BOURGEOIS,

Nous te remercions d'avoir su nous guider au démarrage avec tes conseils pertinents. Nous te sommes reconnaissantes d'avoir dirigé notre travail.

Aux membres du jury,

Monsieur le Docteur Marc BONNEFOY, nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à notre travail, au temps que vous nous avez consacré au cours de son élaboration, et aux conseils de lectures que vous avez pu nous apporter.

Monsieur le Docteur Fabien PILLARD, nous vous remercions d'avoir accepté de siéger parmi les membres du jury. Vos domaines de compétences sont un atout pour le jugement de notre travail.

Au DUMG,

Nous voulons remercier l'ensemble de ses membres, qui nous ont permis, à travers les ateliers méthodologiques, de nous familiariser à la recherche qualitative et de réaliser ce travail.

À tous les professionnels de santé, et en particulier Madame le Docteur Nelly MILLON, qui nous ont aidées au recrutement des patients.

À Madame Françoise HAUDRY, pour sa disponibilité, son aide, en cette période particulière.

Remerciements personnels de Jeanne

Je remercie mes maîtres de stage :

- l'équipe des urgences de Lourdes, qui ont permis une belle entrée en matière dans l'internat
- le Dr Nelly MILLION, le Dr Samuel DURLIAT et la secrétaire du cabinet Véronique PERAULT, qui ont redoublé mon envie de pratiquer la médecine générale
- le Dr RAZONGLES qui a su m'apporter des outils supplémentaires indispensables.

Je remercie également mes proches pour la relecture et la correction de notre travail.

Remerciements personnels d'Emmanuelle

Un grand merci à l'ensemble des médecins bienveillants : médecins généralistes, médecins hospitaliers de Lourdes et de Bagnères de Bigorre, ayant participé à ma formation.

Abréviations

MET : metabolic equivalent of task (équivalent métabolique)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HTA : hypertention artérielle

PNNS : plan national nutrition santé

IMC : indice de masse corporelle

HAS : Haute Autorité de Santé

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

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

AP : activité physique

Table des matières

1	INTRODUCTION.....	3
2	MATERIELS ET METHODES	6
2.1	RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	6
2.2	CHOIX DE LA METHODE	6
2.2.1	Question de recherche.....	6
2.2.3	Population	7
2.2.4	Choix du questionnaire.....	7
2.2.5	Méthodes de recrutement des patients.....	8
2.2.6	Taille de l'échantillon	8
2.3	RECUEIL DE DONNEES.....	9
2.3.1	Guide d'entretien	9
2.3.2	Conditions de recueil	9
2.3.3	Retranscription	10
2.4	ANALYSE.....	10
2.5	FORMATION DES CHERCHEUSES.....	11
2.6	ETHIQUE	11
3	RESULTATS.....	13
3.1	POPULATION ETUDIEE	13
3.2	REPRESENTATIONS.....	13
3.2.1	Définitions	13
3.2.1.1	<i>Activité physique</i>	13
3.2.1.2	<i>Prévention</i>	14
3.2.1.3	<i>Santé</i>	15
3.2.1.4	<i>Sédentarité</i>	16
3.2.2	Recommandations	16
3.2.2.1	<i>Fréquence</i>	16
3.2.2.2	<i>Intensité</i>	17
3.2.2.3	<i>Adaptation</i>	17
3.2.3	Freins et motivations à la pratique d'activité physique.....	18
3.2.3.1	<i>Réticences à la pratique de l'activité physique</i>	18
3.2.3.2	<i>Pratique de l'activité physique</i>	19
3.3	PROMOTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE EN PREVENTION PRIMAIRE.....	21
3.3.1	Acteurs	21

3.3.1.1	<i>Le médecin généraliste</i>	21
3.3.1.2	<i>Autres acteurs de prévention</i>	23
3.3.2	Outils pour promouvoir l'activité physique en prévention primaire	26
3.3.2.1	<i>Consultation dédiée</i>	26
3.3.2.2	<i>Conseil intégré dans une consultation</i>	27
4	DISCUSSION	29
4.1	CRITIQUE DE L'ETUDE	29
4.1.1	Forces de l'étude	29
4.1.2	Limites de l'étude	29
4.2	DEFINITIONS ET RECOMMANDATIONS	30
4.2.1	Activité physique	31
4.2.2	Prévention	31
4.2.3	Sédentarité	32
4.2.4	Recommandations	33
4.3	ENTRETIEN MOTIVATIONNEL	34
4.3.1	Statut quo	35
4.3.1.1	<i>Inconvénients à pratiquer</i>	35
4.3.1.2	<i>Avantages à ne pas pratiquer</i>	36
4.3.2	Changements	37
4.3.2.1	<i>Avantages à pratiquer</i>	37
4.3.2.2	<i>Inconvénients à ne pas pratiquer</i>	38
4.4	PREVENTION : ACTEURS ET OUTILS	38
4.4.1	Acteurs	39
4.4.1.1	<i>Le médecin généraliste</i>	39
4.4.1.2	<i>Autres professionnels de santé</i>	40
4.4.1.3	<i>Médias et gouvernement</i>	40
4.4.1.4	<i>L'entourage</i>	41
4.4.1.5	<i>Le milieu professionnel</i>	42
4.4.2	Les outils de prévention	43
4.4.2.1	<i>La consultation dédiée</i>	43
4.4.2.2	<i>Outils de prévention</i>	44
5	CONCLUSION	47
6	BIBLIOGRAPHIE	50
7	ANNEXES	55

1 INTRODUCTION

L'inadéquation des apports nutritionnels et le manque d'activité physique (définitions en annexe) sont responsables de 55% des décès annuels en France (1). La sédentarité représente l'un des quatre premiers facteurs de risque de mortalité à l'échelle mondiale (2,3). Environ 37% des Français ne pratiquent pas d'activité physique selon les recommandations (4), et 31,5% de la population cumule inactivité physique et sédentarité (5).

Largement critiqué, notre mode de vie actuel conduit à privilégier la sédentarité et l'inactivité. Tout est organisé pour que l'homme gagne du temps, en se dépensant physiquement le moins possible. Le constat est alarmant : initialement une nécessité existentielle, puis une pratique de loisir (6), l'activité physique est aujourd'hui devenue une prescription de bonne hygiène de vie (7), pour remédier aux conséquences sanitaires.

Ces conséquences sont majeures, avec une prévalence des pathologies dites « évitables » en augmentation constante (8). Cela n'est pas nouveau, puisque Hippocrate disait déjà : « Toutes les parties du corps qui ont une fonction restent saines, bien développées et vieillissent plus lentement à condition d'être utilisées avec modération et entraînées pour les tâches qui leur reviennent. Mais si elles ne sont pas utilisées et restent inactives, elles deviennent responsables de maladies (...) » (7).

À l'inverse, les avantages de l'activité physique sur la santé sont multiples, et ne sont plus à prouver (9). Avec une relation dose-réponse, on observe une baisse de l'incidence des pathologies cardio-vasculaire, du diabète de type 2, de certains cancers, de l'ostéoporose, des douleurs ostéo-articulaires, et une amélioration des fonctions cognitives (4,10–14). L'activité physique permet également de réduire le risque d'addiction aux substances psycho-actives (15), elle agit sur le psychisme par son effet anxiolytique (diminution de l'incidence du syndrome dépressif), et entraîne une amélioration de la sensation de fatigue (16,17).

À partir de ce constat, il apparaît que l'activité physique est une solution à de fréquents motifs de consultation actuels.

Pourtant, en conséquence d'un élargissement des possibilités thérapeutiques, la prévention par l'activité physique a été petit à petit écartée (18). Notre modèle de santé est centré sur la maladie, sur l'organe et la causalité biologique, installant un clivage net entre curatif et préventif (19). D'ailleurs, la répartition des dépenses de santé reflète bien ce déséquilibre, avec un budget pour la prévention de seulement 6,4% des dépenses de santé (20,21).

De plus, sont plutôt privilégiées les préventions secondaire et tertiaire, au détriment de la prévention primaire : plus de 40% des dépenses de prévention sont consacrées aux traitements médicamenteux (diabète, hyperlipidémie, HTA, etc.) (22), les conseils sur les habitudes de vie ne représentent que 12,6 % du volume total des communications en consultation (23), et quand il est offert aux médecins la possibilité de prescrire de l'activité physique, c'est dans le cadre de pathologies chroniques (24).

Deux acteurs principaux participent à la promotion de l'activité physique (25) : les pouvoirs publics et le médecin généraliste.

Le programme dans ce sens le plus connu est le Plan National Nutrition Santé, lancé en 2001, et tout récemment le « Sport-santé », développé par les ministères des sports et de la santé, avec pour objectif, entre autres, la promotion de la santé par l'activité physique, et le renforcement de la diffusion des connaissances sur ce thème (24). La HAS transmet également en 2011 des recommandations sur les thérapeutiques non médicamenteuses, y incluant l'activité physique (26). L'OMS, de son côté, met l'accent sur l'activité physique au moyen d'une « Stratégie Mondiale pour l'Alimentation, l'Exercice physique et la Santé » en 2004, et d'un plan de lutte contre les maladies non transmissibles en 2013 (10). « Bouger » devenant alors un nouvel enjeu de santé publique (27).

Le médecin généraliste réalise une approche personnalisée, plus à même d'induire des changements de comportements (28) : il est en contact chaque année avec 75 % de la population française (20), possède un rôle clé en raison de sa proximité

géographique et culturelle, de son accessibilité et de sa connaissance de l'histoire du patient. « Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique du patient appartiennent aux missions des médecins généralistes », inscrites dans la Convention nationale selon l'Arrêté du 3 février 2005, mais également dans la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009. Les médecins le revendiquent : 95% d'entre eux considèrent que tous ces aspects font partie de leur rôle (29). Pourtant, de nombreuses études montrent que le médecin généraliste réalise peu d'actes de prévention primaire. Les raisons sont multiples : il considère qu'elle est accessoire par rapport aux préventions secondaire et tertiaire (sevrage tabagique, prise en charge d'une dyslipidémie) (30), il trouve ce rôle trop complexe, estimant manquer de formation et de recommandations (16,19,31). Il dit aussi que, pour remplir cette tâche, il lui manque du temps et une revalorisation financière (32).

D'un côté les patients sains ne pratiquent pas d'activité physique, de l'autre côté les médecins n'en font pas suffisamment la prévention. Nous connaissons l'état des connaissances sur l'activité physique, le point de vue des pouvoirs publics, ainsi que celui des médecins.

L'objectif principal de notre étude a été d'étudier les représentations des patients sains, inactifs et sédentaires concernant l'activité physique.

Notre objectif secondaire était de dégager, à partir de propositions des patients sollicités, des outils, qui s'intégreraient au sein d'une consultation dédiée à la promotion de l'activité physique.

La méthode qualitative nous a paru la plus adaptée pour répondre à ces questions.

2 MATÉRIELS ET MÉTHODES

2.1 RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographie initiale a commencé en septembre 2018.

Elle a été réalisée à l'aide de plusieurs plateformes de recherche : SUDOC, PubMed©, EM Premium Encyclopédies©, Google Scholar©, Cairn©.

Les mots clés utilisés ont été : activité physique, sport, patients, prévention primaire, adhésion, observance, motivation, éducation à la santé, sédentarité, freins, résistances, obstacles, représentations, general practice, primary prevention, disease prevention, primary disease prevention, exercise, activity, physical, sedentary behavior, lifestyles.

Une nouvelle recherche bibliographique a été réalisée à la fin des entretiens.

2.2 CHOIX DE LA MÉTHODE

2.2.1 Question de recherche

Le travail de réflexion pour trouver la question de recherche a été conséquent. L'étude bibliographique a permis de préciser la question de recherche et de prendre le parti d'aborder le point de vue des patients, car nous n'avons retrouvé que très peu de données bibliographiques à ce sujet.

2.2.2 Étude qualitative

« Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts nous aidant à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels, en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants. » (Mays et Pope, 1995, p.43). La méthode qualitative a été choisie pour deux raisons. Tout d'abord, nous souhaitons reproduire une relation médecin-

patient, qui nous permettrait de recueillir des réponses que nous aurions pu avoir en consultation, offrant au patient une certaine liberté dans ses réponses, et au chercheur la possibilité de surenchérir. Ensuite, pour l'étude des représentations des patients, une démarche interprétative nous semblait plus appropriée.

Par cette volonté d'installer un cadre de consultation, le choix s'est porté sur l'entretien semi-dirigé.

2.2.3 Population

Des hommes et des femmes âgés de 18 à 65 ans, correspondant au groupe « adultes », définis par l'ANSES (33) et par l'OMS (2) ont été retenus. En lien avec la question de recherche, les patients sélectionnés étaient indemnes de toutes pathologies chroniques, ne souffraient d'aucune addiction, avaient un indice de masse corporelle défini comme normal (compris entre 18.5 et 25 (10)) et ne prenaient aucun traitement chronique (exception faite pour les médicaments contraceptifs et antiallergiques). Ces personnes pouvaient avoir des antécédents chirurgicaux (hors chirurgie majeure, définie par le score Possum) (34). Elles devaient être sédentaires et inactives, situation validée par le questionnaire GPAQ.

2.2.4 Choix du questionnaire

Parmi les multiples questionnaires d'inactivité et de sédentarité existants, nous avons choisi le GPAQ (Global Physical Activity Questionnaire). Ce questionnaire a été mis au point par l'OMS. Il comporte seize questions permettant de mesurer l'activité physique au cours d'une semaine habituelle. Il vise à recueillir les informations sur la pratique d'exercices physiques (fréquence, durée, intensité dans les trois domaines de la vie : travail, déplacements et loisirs) et sur les comportements sédentaires.

Le score obtenu permet d'établir trois profils : niveau d'activité physique insuffisant, niveau conforme aux recommandations, niveau élevé (35).

2.2.5 Méthodes de recrutement des patients

Des Maîtres de Stages Universitaires ont été sollicités pour le recrutement des patients. Une notice d'information pour la sélection des patients (en annexe) leur a été envoyée par e-mail. Elle contenait toutes les informations relatives aux critères d'inclusion. Les patients devaient dans un premier temps répondre au questionnaire GPAQ. Seuls ceux ayant un niveau d'activité physique insuffisant, selon ce questionnaire, pouvaient être inclus dans l'étude.

Pour faciliter le recrutement, l'effet boule de neige a été utilisé. Il consiste à demander aux patients déjà sélectionnés et interrogés, ainsi qu'aux connaissances familiales et amicales, d'indiquer d'autres personnes susceptibles d'être inclus dans l'étude.

Un premier contact téléphonique avec les futurs participants était entrepris pour obtenir à nouveau leur accord, vérifier les critères d'inclusion, et définir un lieu de rendez-vous pour l'entretien.

À ce stade, nous avons eu cinq refus de participation. L'un avait donné son accord puis s'est rétracté après discussion avec son épouse, un autre a refusé par manque de temps, et trois autres n'ont pas répondu aux appels et messages électroniques de relance.

2.2.6 Taille de l'échantillon

Le recueil de données a pris fin lorsque l'analyse, réalisée en parallèle des entretiens, a permis d'arriver à la phase de « saturation des données » : il n'y avait plus de nouveaux éléments à analyser à la lecture des retranscriptions (36), soit un nombre final de douze patients.

2.3 RECUEIL DE DONNÉES

2.3.1 Guide d'entretien

Le guide d'entretien reposant sur des questions ouvertes a été élaboré par les deux chercheuses à partir des recherches bibliographiques. L'atelier méthodologique organisé par le DUMG a permis de le structurer.

La première version du guide a été testé auprès d'un panel de personnes, cette étape ayant conduit à une nouvelle version du guide.

À la suite des premiers entretiens, il a été constaté la nécessité pour certains patients, de bénéficier de questions de relance pour leur faire préciser leur idée. Ainsi, la structure du guide a été réévaluée dans un souci de réorganisation et a conduit à quatre versions différentes (versions 1 et 4 disponibles en annexe).

La structure de l'entretien était organisée autour de quatre parties :

- un état des lieux : *Quelle est la place de l'activité physique dans votre quotidien ?*
- les représentations et connaissances sur l'activité physique, en comparaison avec les définitions de l'OMS, qui étaient données aux patients : *Qu'est-ce que l'activité physique pour vous ? Qu'est-ce que la sédentarité ?*
- les réticences à sa pratique : *Pour quelles raisons ne pratiquez-vous pas d'activité physique ?*
- le rôle du médecin généraliste : *Quel est le rôle du médecin généraliste dans la prévention de l'activité physique, dans la lutte contre la sédentarité ?*

2.3.2 Conditions de recueil

Les entretiens se sont déroulés de mars 2019 à août 2019. Ils étaient réalisés au domicile des patients, ou dans le cabinet médical du médecin recruteur. Le chercheur était seul avec le patient et ce dernier connaissait le statut du chercheur (interne en médecine générale) dans un souci de reproduire la relation médecin-

patient. Aucune autre information relative à l'étude n'était délivrée en début d'entretien.

La rencontre était enregistrée au moyen d'un dictaphone, d'un téléphone portable, ou d'une tablette (application Dictaphone).

Des notes étaient prises par le chercheur au cours de l'entretien. Au terme de celui-ci, une synthèse globale était réalisée avec l'autre chercheur.

2.3.3 Retranscription

La retranscription était réalisée le plus rapidement possible après l'entretien, en utilisant le logiciel Word ou le logiciel Google Doc. Une phase d'écoute seule de l'enregistrement précédait la phase d'écriture.

En début de retranscription étaient décrites l'atmosphère générale et la participation du patient pendant l'entretien.

Les données non verbales ont été mises entre parenthèses.

2.4 ANALYSE

L'analyse effectuée par les chercheurs suivait le principe de la théorisation ancrée « visant à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressives et valides de données empiriques qualitatives » (37).

Le travail de codage a été réalisé manuellement et individuellement par chaque chercheur, pour chaque entretien. Puis, le travail se terminait par une analyse croisée.

L'entretien retranscrit a été découpé en unité de sens, ou verbatim. À chaque unité de sens correspondait un code. Ces codes ont ensuite été regroupés en sous-catégories, lesquelles aboutissaient à des thèmes.

Les données ont été classées dans un logiciel de type Excel© et Google Sheets© et mises en commun sur un drive.

Cette méthode consistait à faire des va-et-vient constants entre les données collectées dans les retranscriptions et le tableau d'analyse.

À ce stade, un entretien a été écarté de l'analyse, le patient interrogé étant actif dans son travail.

Deux types de triangulation ont été utilisés dans cette étude :

- une triangulation de l'investigation, avec la réalisation d'une analyse par chaque chercheur avant la mise en commun, et la recherche d'un consensus.
- une triangulation des données, le recueil des données ayant été effectué à différents moments, lieux et auprès de différentes personnes.

2.5 FORMATION DES CHERCHEUSES

Les deux chercheurs ont participé à l'ensemble des ateliers méthodologiques proposés par le DUMG de la faculté de médecine de Toulouse : atelier question de recherche, grands principes de la recherche qualitative, guide d'entretien, analyse des données et rédaction.

Dans une démarche réflexive, de nombreuses discussions entre les chercheuses avant le début de l'étude et au cours de celle-ci, ont permis de tendre vers une posture d'observation, dans un but d'impartialité.

2.6 ÉTHIQUE

Le protocole de recherche a été validé par la commission d'éthique du DUMG de la faculté de médecine de Toulouse Rangueil. Il n'était pas concerné par la loi Jardé, étant antérieur à l'application de celle-ci (38).

Un formulaire de consentement d'utilisation des données a été remis et signé par chaque patient avant de débiter l'entretien (disponible en annexe). Ce formulaire leur garantissait un respect de l'anonymat.

Lors de l'analyse, les entretiens ont été numérotés. Il a été décidé en début de rédaction de faire correspondre à chaque numéro un prénom pour en simplifier la lecture.

3 RÉSULTATS

3.1 POPULATION ÉTUDIÉE

L'échantillon était composé de douze patients, âgés de 18 à 62 ans, résidant en Ariège, en Haute Garonne ou dans les Hautes-Pyrénées.

Les caractéristiques détaillées des patients sont disponibles en annexe.

La durée moyenne des entretiens était de trente-cinq minutes. La saturation des données a été obtenue à partir du onzième entretien, et confirmée par un entretien supplémentaire.

3.2 REPRÉSENTATIONS

3.2.1 Définitions

3.2.1.1 *Activité physique*

L'activité physique était considérée par certains, comme tout ce qui pouvait entraîner une dépense énergétique :

« *ben c'est tout simplement, de mon point de vue, se dépenser* » disait Serena.

La recherche du plaisir était mise en avant :

Laure trouvait que cela lui « *procurait du bien-être* ». La définition de l'OMS semblait, de ce fait, incomplète pour Maria : « *je le verrai pas aussi synthétique que ça, pour moi il y a une forme de plaisir* ».

Ce plaisir passait également par la création du lien social :

« *Ah oui, le plaisir de faire des rencontres, de faire quelque chose, oui c'est comme ça que je verrai l'activité physique.* » disait Cristiano.

Pour Roger, il s'agissait de briser le quotidien : « *L'activité physique c'est sortir de la routine, du train-train du travail* ».

Enfin, l'activité physique était aussi un moyen de préserver sa santé physique. C'était « *s'entretenir* » pour Simone, et « *prendre conscience de son corps, ce qu'il est* » ajoutait Serena.

En somme, selon Wendie, « *Ben c'est se refaire une santé (rire)* ».

Par ailleurs, les patients étaient interrogés sur la différence entre l'activité physique et le sport.

Cette différence n'était pas perçue par Marie José : « *je pensais que bouger c'était vraiment faire que du sport, pas forcément juste marcher, non moi je vois pas ça comme ça.* ».

D'autres trouvaient de multiples dissemblances ; Suzanne et Zinedine décrivaient le sport comme une activité organisée, « *une équipe* », « *un club* ». Pour Zinedine, le sport était plutôt une activité de libre arbitre « *Ben oui, je pense que le sport c'est plus une passion, une activité qu'on aime faire* ». Roger, lui, mettait en avant le un niveau d'intensité plus intense pour le sport. Enfin, Simone ajoutait la notion de régularité : « *le sport (...) c'est quand tu fais quelque chose de régulier, par exemple le volley-ball* ».

3.2.1.2 Prévention

La prévention, pour Serena, permettait la recherche d'un éventuel facteur déclenchant, afin d'éviter la survenue d'une maladie.

Pour Simone, la prévention par le médecin consistait à « *donner des conseils, pour effectivement pas seulement sur les prochaines semaines mais nous garder en bonne santé le plus longtemps possible.* ». Ainsi, comme le précise Cristiano, les

gens tomberaient moins malade et « *on aurait moins besoin de prendre des médicaments* ».

Pour Wendie, la prévention consistait en la prescription de bilans sanguins : « *bon j'ai pas mal d'entourage, même jeune, qui ont disparu on va dire, donc j'ai pris la décision de dire au moins une prise de sang, un bilan complet, voilà.* ».

Novak faisait remarquer que la prévention était réservée à une certaine tranche d'âge : « *Oui, c'est de la prévention mais à partir de 50 ans, c'est pas euh à 40 ans on vous dit pas attention réduisez l'alcool* ».

3.2.1.3 Santé

Pour Laure, la santé correspondait à un bien-être global :

« *C'est la clé de tout je crois, c'est la clé du bien-être, quand on a la santé on a tout.* ».

L'absence de déficience corporelle était mise en avant pour la plupart des patients. Selon Cristiano, il s'agissait avant tout de « *ne pas avoir de maladies, euh oui que l'organisme fonctionne bien quoi, voilà.* ».

Marie-José évoquait l'absence de fatigue « *Ben (silence), je crois que c'est surtout de ne pas être fatigué* », Simone l'absence de surpoids « *Ben une personne en mauvaise santé moi je pense, tout le monde pense ça, que c'est plutôt une personne grasse, pas obèse mais plutôt grosse.* », et Marie-José l'absence de douleur « *de ne pas avoir mal aussi.* ».

En somme, la santé, selon Roger permettait de réaliser des actes quotidiens sans incapacité : « *Voilà, le peu que j'ai besoin de faire, j'arrive à le faire sans difficultés* ».

3.2.1.4 Sédentarité

Certains considéraient la sédentarité comme le fait de rester immobile, comme Serena qui disait : « *La sédentarité c'est le fait de ne pas bouger, de rester statique* », ou Roger, qui mettait l'accent sur l'absence d'activité physique.

Ainsi, à « *ne pas utiliser son corps* », Suzanne pensait que les sédentaires « *privilégi(aient) les activités mentales* ».

Pour Cristiano, « *cela peut être allié, il y a des moments où on est sédentaire, d'autres où on est en activité physique* ».

Certains ne pouvaient pas donner de définition, par manque de connaissance : « *Je n'ai jamais entendu ce mot* », disait Simone.

3.2.2 Recommandations

3.2.2.1 Fréquence

Pour certains, il fallait pratiquer au moins trois fois par semaine : « *Ben moi je pense qu'il faudrait y aller tous les deux jours, même si c'est qu'une heure, moi je trouve que c'est très bien.* » proposait Wendie. Serena la recommandait de façon quotidienne : « *mon grand truc ce serait de faire une demi-heure tous les jours* ».

À l'opposé, nombreux étaient ceux pour lesquels une fréquence inférieure à trois jours par semaine était suffisante, à l'exemple de Marie José : « *Ben deux fois par semaine ça serait bien* ».

Il était souligné la nécessité d'une régularité pour obtenir des bénéfices sur la santé. Comme Maria, qui disait « *Mais il est vrai qu'il faut de la régularité quoi. L'éducation à cette régularité. Le bénéfice peut pas être sinon.* ».

3.2.2.2 Intensité

Lorsqu'on évoque les recommandations, certains considéraient qu'une pratique intense était requise.

« Je pense de manière intense, ouais de manière intense » disait Usain.

Une activité trop intense était perçue comme négative pour l'organisme et entraînait une antipathie à la pratique future. Ainsi, pour Novak *« à trop en faire, après on a plus de, d'endorphines c'est ça ? »*, et Laure de renchérir *« parce qu'il ne faut pas non plus s'étouffer, s'écoeurer, le cœur c'est quand même un muscle, il ne faut pas être agressif »*.

Pour d'autres, comme Zinedine, il était important de pratiquer des activités d'intensités variées : *« Par exemple faire deux jours dans la semaine où l'activité est plus intense. »*.

3.2.2.3 Adaptation

Selon Marie José, les besoins en activité physique devaient être adaptés selon les personnes.

« Par rapport à moi ou à tout le monde ? Ah oui, je pense qu'on a pas tous les mêmes besoins. ».

D'autres indiquaient que la durée et la fréquence d'exercices étaient différents selon le type d'activité physique. Il était important d'introduire dans la recommandation la notion de variation d'activité, comme le soulignait Serena :

« L'idée ce serait de faire un peu de vélo, le lendemain un peu de muscu, après un peu de renforcement musculaire, enfin voilà. ».

3.2.3 Freins et motivations à la pratique d'activité physique

3.2.3.1 Réticences à la pratique de l'activité physique

La reprise d'une activité physique confrontait Usain à ses faiblesses, au point de le décourager : « *étant donné que j'ai une perte de niveau, ça me démotive, mais clairement, le fait de me revoir galérer, (...) je pense que c'est ça surtout, le fait de devoir repartir à zéro* ».

D'autres justifiaient leur manque d'activité physique comme un acte de protection de leur santé : « *J'aurais peur de me claquer, de me faire mal, et de me retrouver en mobilité vraiment réduite* » argumentait ainsi Serena, qui avançait la thèse de la blessure physique en cas de reprise d'une activité, ou encore Cristiano pour qui les « *gens qui courent beaucoup (...) ont des problèmes articulaires* ».

Enfin, pour Roger, le sport semblait limiter l'espérance de vie « *enfin j'sais pas j'ai l'impression souvent que les sportifs de haut niveau ne vivent pas très vieux* ».

Pour beaucoup, un inconvénient à la pratique de l'activité physique résidait dans le fait d'en pratiquer seul, ainsi « *toute seule, ça ne me plait pas* » disait Marie José, ou Wendie « *Ah ben oui mais après toute seule non j'irai pas. Moi il me faut quelqu'un.* ».

Un autre frein était celui des conditions météorologiques : comme Simone l'été « *l'été à 15h il fait chaud t'as pas envie d'aller courir, voilà.* », ou Wendie l'hiver « *Après l'hiver, la nuit moi ça me joue sur le moral, je rentre je suis fatiguée* ».

L'argument du temps que cela prendrait revenait souvent. Certains patients préféraient investir ce temps pour ne rien faire, à l'exemple de Zinedine : « *Parce que je me dirais qu'il y a d'autres choses mieux à faire (...) Je sais pas rester chez moi, tranquillement, à rien faire.* ».

D'autres avaient des habitudes, qu'ils ne souhaitaient pas modifier, en pratiquant une activité physique : « *Parce que j'aime bien mon train-train* » disait Novak. Suzanne insistait dans ce sens : « *l'envie d'avoir du temps* ».

« *La flemme pour le fait d'aller au boulot à pied, je préfère être dans ma voiture, je perds du temps en fait en y allant en voiture, je ne sais pas si vous vous rendez compte à quel point c'est (silence) dingue (silence)* », ainsi pour Usain, la sédentarité liée au transport n'était pas motivée par un gain de temps, mais par un choix de confort et de facilité. Laure renchérisait :

« *c'est le rythme qu'on se donne, les priorités, on prend la voiture c'est pas écolo mais bon voilà c'est la facilité, des fois on se plonge dans la facilité.* ».

3.2.3.2 Pratique de l'activité physique

3.2.3.2.1 Avantages de l'activité physique

« *Déjà ben c'est pour sa santé ça c'est sûr* » disait Suzanne, « *le bien-être de la tête au pied j'ai envie de dire* » ajoutait Wendie.

Dans le discours des patients, on décelait en premier lieu des avantages psychiques, sur la santé mentale. Des patients déclaraient avoir développé, par le biais de l'activité physique, un sentiment d'assurance, de confiance en soi : comme le dit Usain, « *je me sentais fort, et quand on se sent fort on a plus d'assurance* ».

D'autres relevaient l'effet d'apaisement produit par l'activité physique : « *ça apaise toujours, ça diminue l'état de stress, la fatigue physique* » (Cristiano).

Les patients relevaient aussi des avantages physiologiques. Certains décrivaient une action positive sur le tonus musculaire, sur le dos, sur l'équilibre et la souplesse ; d'autres parlaient d'un effet potentiel sur les systèmes cardio-vasculaire, digestif et respiratoire : « *Pour les problèmes cardiaques, pour, 'fin, pour tout quoi* » (Wendie).

Toujours dans le domaine de la santé, Serena citait l'impact positif de l'activité physique sur son sommeil « *Ça m'apporte un sommeil plus sympathique, je m'endors plus vite* ».

Enfin, Usain abordait l'avantage esthétique : *« du coup j'avais perdu énormément de poids, j'étais vraiment bien dans ma peau »*.

Tous ces avantages, qu'ils soient physiologiques, esthétiques ou psychiques, concouraient à une même finalité : d'une part l'augmentation de l'espérance de vie : *« J'ai un ami, qui est décédé maintenant, il était très sportif et je pense que ça lui a permis de vivre plus longtemps, (...) On le sait ça »* disait Suzanne. Et d'autre part, l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé *« ça entretient l'indépendance et la mobilité »* (Serena).

3.2.3.2.2 Inconvénients de l'inactivité et de la sédentarité

De la même façon que les bénéfiques, les inconvénients pouvaient s'organiser en trois points.

D'une part, des patients mettaient l'accent sur les conséquences psychiques, l'inactivité conduisant à une mauvaise santé mentale *« Parce qu'on ressent un certain mal-être de rester comme ça sédentaire »* (Laure). Et cette inactivité, pour Marie-José, conduisait à un cercle vicieux, à une acceptation résignée de cette inertie, *« à ne rien faire on a envie de rien faire quoi »*.

D'autre part, les inconvénients physiologiques : nombreux étaient ceux évoquant l'accumulation de *« toxines »* : *« le corps ne peut pas éliminer les toxines, après je ne suis pas médecin (rire) »* (Suzanne).

D'autres signalaient des *« douleurs chroniques, qui peuvent se mettre en place, problème de sciatique, de dos »* (Cristiano), ou encore le risque cardio-vasculaire, comme Novak *« sincèrement je pense qu'un jour j'aurai la crise cardiaque si je ne fais pas d'activité physique »*.

Enfin, Roger, entre autres, imaginait les impacts nombreux sur la santé, mais sans pouvoir les citer : *« enfin je sais pas, je suppose qu'il y a un certain nombre de maladie dont la probabilité augmente quand on est sédentaire »*.

Par ailleurs, les inconvénients esthétiques étaient illustrés par le danger d'une surcharge pondérale et de ses conséquences sur la santé : « *une prise de poids ça c'est sûr* » (Laure).

Ces conséquences sur la santé physique et mentale induisaient une véritable « *peur de (...) mal vieillir* » (Novak), et une vieillesse anticipée « *dans ma tête je sais bien qu'à 60 ans je serai en fin de vie* » (Simone).

Pour autant, Roger précisait que ces conséquences seraient plutôt la résultante d'une mauvaise alimentation : « *euh (silence) je suis pas sûr que ça ait trop de conséquences, enfin voilà tout dépend si en dehors de l'activité physique j'ai une bonne alimentation ou pas* ».

3.3 PROMOTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE EN PRÉVENTION PRIMAIRE

3.3.1 Acteurs

3.3.1.1 Le médecin généraliste

3.3.1.1.1 Le médecin généraliste : un rôle dans la prévention

« *Ah ben, il devrait l'avoir. Mais il ne l'a pas (hausse les épaules)* » (Wendie).

En pratique, les patients reconnaissaient au médecin une action curative dominante : « *Ben un généraliste (pause) il y a des pôles différents, il est là pour du curatif plus que pour du préventif c'est sûr.* » (Laure). Les patients se voyaient conseiller la pratique de l'activité physique, en réponse à « *des douleurs de dos* » (Laure), ou encore pour répondre à une détresse psychique.

Ils reconnaissaient le rôle préventif du médecin en pédiatrie, mais moins pour les adultes. Pourtant, pour certains, il avait un vrai rôle de prévention, de conseil à propos de l'hygiène de vie en général.

Simone faisait d'ailleurs remarquer que les médecins étaient de plus en plus sensibilisés à ces questions : « *je pense que les médecins de votre âge ont une autre vision.* ».

Laure soulignait que « *ça concerne tout le monde. Je pense que c'est une discussion qu'on peut avoir avec lui, même si on est pas malade.* ».

Le manque de prévention en pratique s'expliquait de plusieurs manières. Tout d'abord, le rôle préventif ne faisait pas partie de nos mœurs selon Novak : « *Non parce que c'est pas dans notre culture d'y aller avant.* ».

Marie-José le rejoint : « *je ne pense pas à parler de ça quand je vais chez le médecin.* ».

Enfin, pour Wendie, c'était une utopie de croire que l'on peut tout prévenir : « *bon après le médecin je pense pas qu'il puisse arriver à prévenir chez toutes les personnes ce qu'il peut leur arriver.* ».

3.3.1.1.2 Impact des messages portés par le médecin généraliste

Chaque patient avait sa propre expérience de l'activité physique comme thème de discussion abordé en consultation de médecine générale.

Certains n'en entendaient jamais parler, comme Cristiano « *Absolument pas, non, jamais* ». Cette absence de conseils pouvait être expliquée par différents motifs ; Cristiano mettait en lumière le manque de temps du médecin : « *Ben déjà faudrait qu'il ait un peu plus de temps à accorder à ses patients, (rire) parce que souvent c'est des visites éclairs* ». D'autres patients, comme Novak, l'expliquaient par le fait de ne consulter que très rarement : « *Non, parce que je ne le vois pas assez souvent, une fois tous les six mois, je pense pas que ce soit assez.* ».

Au contraire, certains médecins l'abordaient « *tout le temps* », il s'agissait même de « *la personne qui m'en parle le plus.* » poursuivait Simone.

Le fait même que le conseil provienne d'un médecin pouvait s'avérer motivant. Celui-ci apparaissait d'autant plus légitime qu'il dégagait une « *crédibilité* » pour Maria, ou qu'il témoigne, pour Suzanne, d'une « *compétence* ». Cristiano voyait en lui une figure d'« *autorité* ». À ce titre, les conseils ou les informations pourraient, grâce à ces qualités, être accueillis avec plus d'assurance. Zinedine le confirme : « *Après c'est sûr, ça aura plus de valeur chez un médecin, parce que bon un médecin ben on est sûr quoi* ».

Néanmoins, Roger trouvait cela inutile, puisque ce conseil semblait évident : « *j'ai pas besoin que mon médecin me recommande de faire du sport pour que je devine qu'il serait peut-être temps* », ce serait même « *une perte de temps pour le médecin* ».

Enfin, Serena n'y voyait pas d'intérêt, car se « *sen(tait) en bonne santé* ».

3.3.1.2 Autres acteurs de prévention

3.3.1.2.1 Professionnels de santé

Le médecin généraliste n'était pas le seul acteur de prévention dans le milieu de la santé. La notion de l'activité physique était, selon Maria « *de mieux en mieux ciblée par les professionnels* ».

Les patients étaient aussi conseillés par leur sage-femme, comme Serena : « *ça fait partie d'une question qu'elle pose, avez-vous réussi à reprendre une activité physique.* », ou encore par leur kinésithérapeute.

En fait, selon Laure, la prévention par l'activité physique est abordée par de nombreux spécialistes : « *Ben ça dépend du type de maladie, si c'est un problème psychique ce sera un psy (blanc) voilà quoi.* ».

3.3.1.2.2 Impact des médias et campagnes gouvernementales

Pour certains, l'effet était plutôt positif, comme Maria, qui trouvait que l'information était « *logique, c'est quelque chose d'adapté plutôt.* », ou Zinedine qui faisait remarquer que c'était important pour ceux qui manquaient de connaissances.

Et pour Cristiano, cela permettait de rappeler aux gens de pratiquer plus, pour « *ne pas oublier* ». Il constatait même en pratique des changements, qu'il mettait en relation avec les campagnes gouvernementales « *Sur le quotidien après on le voit, les gens courent beaucoup plus qu'à une époque hein.* ».

Wendie ajoutait : « *Regardez la sécu, elle dit qu'il faut marcher au moins une demie heure par jour, et qu'on prendra par la suite moins de médicaments* ».

Pour d'autres, l'effet était neutre, voire nul. Les patients écoutaient, regardaient les « publicités » concernant la promotion d'une bonne hygiène de vie, mais ne se sentaient pas concernés, comme Laure : « *Je ne vais pas me lever (rire) dès que j'ai vu la pub, je ne vais pas aller faire un tour du jardin* ».

Le manque d'impact pouvait s'expliquer par le fait que les connaissances étaient déjà acquises : « *peut-être que j'avais pas besoin de voir ça pour deviner que, ben oui, c'est sûr c'est mieux de bien manger et de faire du sport que de rester chez soi à s'empiffrer (rire)* » (Roger), par le fait qu'il y avait trop peu d'informations, ou encore que les informations n'étaient pas assez ciblées.

Enfin, Usain trouvait que les pouvoirs publics étaient intrusifs dans leur façon de conseiller la population : « *j'pense pas qu'ils ont à me dicter ce que j'ai à manger* ».

3.3.1.2.3 Impact de l'entourage du patient

L'entourage avait un rôle majeur dans le discours des patients :

« *puisque de moi-même je ne pense pas que j'y serai allée spontanément, vers un groupe que je ne connais pas* » (Laure).

Dans un premier temps les patients parlaient de leur cercle familial.

La pratique de l'activité physique chez leurs enfants était indispensable, Novak l'imposait : « *Pour moi, il faut qu'il en fasse, aussi bien là-dedans (en montrant la tête), dans le corps autant que la tête.* ».

Les enfants pouvaient être une motivation pour pratiquer plus d'activité physique :

« *La grande de 9 ans fait du sport, elle aime ça et je sais qu'elle solliciterait pour aller faire du vélo plus souvent, d'aller courir etc.* » (Serena). Mais bien que la volonté du parent soit présente, celui-ci anticipait une non-réciprocité : « *après elles sont pas forcément demandeuses de le faire avec moi (rire)* » (Suzanne).

La contribution du conjoint dans l'encouragement à l'activité physique était ambiguë selon les patients.

Il pouvait être un facteur de motivation : pour Marie-José par le fait que son conjoint pratiquait de façon quotidienne, pour Simone « *Ah ben mon copain a plus d'impact, mais c'est parce qu'il m'en parle tous les jours.* ». Enfin, Novak ajoutait que la pratique de l'activité physique avec le conjoint permettait de retrouver du plaisir dans le couple : « *le lundi après-midi on fait 1h30 de cheval parce qu'on est que tous les deux à ce cours et on prend plaisir à faire quelque chose à deux.* ».

Mais l'incapacité à se coordonner ensemble pouvait devenir décourageante, notamment pour Suzanne : « *mais bon lui il va trop vite donc je vais être dégoûtée, lui il y va régulièrement donc il a une meilleure puissance.* ».

Dans un deuxième temps, ils évoquaient leurs amis, ou même des groupes. « *la maman de l'amie de ma fille, c'est elle qui m'a incité à rejoindre le groupe là justement, pour marcher, courir, c'est grâce à elle* » (Laure), pour Maria, ses collègues ayant cette hygiène de vie, étaient motivants.

3.3.1.2.4 Impact du milieu professionnel

Au travail, Laure racontait son expérience « *au travail on est très sensibilisé au TMS, on a beaucoup de conseils concernant l'environnement de vie au travail, une formation sur comment s'étirer avant de prendre son poste* ». C'était l'entreprise elle-même qui sollicitait ses employés par courriel : « *Ils nous envoient des mails avec des fiches techniques pour qu'on se sentent mieux dans notre poste* ».

Le médecin du travail avait un rôle clé dans la prévention, puisque les questions sur l'hygiène de vie des patients faisaient « *partie du questionnaire et qu'on le voit une fois par an* ».

Il était également décrit le renforcement des liens sociaux entre collègues à travers la pratique d'une activité physique commune : « *on a monté un groupe de collègues, on va à la salle, à la salle de muscu on va dire (...) et là c'est vrai que je commence à me régaler* » (Wendie).

D'autres patients trouvaient l'idée de pratiquer de l'activité physique sur le lieu de travail intéressante, mais rien n'était organisé pour la permettre. Marie-José proposait de mettre en place « *des aménagements du lieu de travail, une douche déjà, tout bête voilà* ».

3.3.2 Outils pour promouvoir l'activité physique en prévention primaire

3.3.2.1 Consultation dédiée

« *Ah ben excellente idée ! Franchement je le prendrais bien.* » (Wendie)

Une consultation à visée de prévention primaire était accueillie favorablement par certains. « *(Rire) ah ben je trouve que ce serait un très très bon système, effectivement, parler davantage de prévention (...) d'hygiène à tous les niveaux, ce serait très bien (rire) (...) faudrait qu'il y ait des visites hors maladies angines et autres classiques, pour qu'il puisse y avoir ce genre de choses.* » disait Cristiano.

D'autres la pensait bénéfique en prévention secondaire, comme Usain : « *à la limite des grosses maladies comme ça peut être oui, voir le médecin généraliste pour avoir des petits conseils oui* ».

Novak proposait même de rendre cette consultation obligatoire : « *Mais il y aurait une obligation, on va dire de l'État ou de la sécurité sociale, qui nous dit qu'une fois par an il y ait une visite, j'irai avec plaisir* ». Ce suivi régulier, pour Usain, permettrait de s'assurer des changements entrepris : « *Peut être reprendre rendez-vous avec le patient de manière à ce que le patient se sente obligé de faire un effort* ».

Ainsi, Cristiano relevait la possibilité d'une économie sur les dépenses de santé : « *on coûterait moins cher à la sécurité sociale je pense (rire), mais bon* ».

À l'inverse, aux yeux de Laure, ce serait y aller « *pour rien* », affirmait-elle, avant d'ajouter : « *Y a assez de gens malades* ». Pour Zinedine, la prévention ne devait pas faire partie d'une consultation dédiée « *Ben je pense que pour ça, de nos jours, les gens vont plutôt sur internet ou ce genre de chose, plutôt que d'aller chez un médecin* », de plus, pour lui, comme pour Usain « *c'est si les médecins ont le temps, parce que en fait dans ma tête les médecins sont surchargés* ».

Enfin, l'argument financier de Cristiano était remis en cause par Roger « *par rapport au coût que ça représente, je ne suis pas sûr que ça vaille le coup* ».

3.3.2.2 Conseil intégré dans une consultation

« *Ben déjà, tout simplement, je pense qu'il faut lui en parler* » : Simone rapportait qu'un conseil de promotion de l'activité physique pouvait être intégré dans toute consultation.

Pour Serena, ces conseils oraux devraient être personnalisés : « *par rapport aux besoins ou à l'observation de la situation ou du moment* ».

Pour certains, il fallait apporter un aspect qualitatif au conseil : pour Suzanne, « *une communication positive* », ou au contraire, Simone proposait : « *Et puis faire un peu peur (rire), dire ce qu'on risque quoi.* ». Mais aussi responsabiliser le patient : « *c'est ça à mon avis que les médecins devraient nous dire, de prendre conscience qu'on est acteur (..) »*

Novak proposait d'être transparent concernant les dépenses engendrées par la sédentarité, « *il faudrait donner des chiffres, car personne ne se rend compte* ».

Certains proposaient l'utilisation de documents papiers, comme Usain : « *faire des fiches en fonction du type de problème de sédentaire peut-être ?* », ou encore Marie-José qui relevait l'intérêt d'investir la salle d'attente, en s'en servant comme antichambre de la consultation : « *Et dans la salle d'attente oui, parce que je lis souvent des choses quand j'attends mon rendez-vous, et le fait de le lire je peux me dire qu'il faut que je m'y mette quoi.* ».

Par ailleurs, était également relevée l'idée d'une utilisation d'outils informatiques. D'une part les applications, comme le podomètre, mais qui n'étaient finalement utilisées par aucun d'entre eux. D'autre part, internet, dont Wendie et Zinedine revendiquaient la facilité d'accès pour leurs recherches.

L'incitation économique pouvait représenter un autre outil d'encouragement à l'activité physique : Novak suggérait un remboursement des soins variable selon la pathologie entraînée par l'inactivité ou la sédentarité : « *Par exemple en cas de telle ou telle maladie, un moindre remboursement de la sécu.* ».

En somme, pour Maria « *qu'on utilise un outil, euh, tel qu'un contrat, un livret, ou oui des applications. Tout ce qui est support, quel qu'il soit, oui ça peut être intéressant.* ».

4 DISCUSSION

4.1 CRITIQUE DE L'ÉTUDE

4.1.1 Forces de l'étude

Ce travail était original à plusieurs points :

- le choix du thème : peu d'études abordent le point de vue du patient concernant l'activité physique en prévention primaire
- le choix de la population : patients sédentaires et inactifs, indemnes de toute pathologie, des hommes et femmes allant de 18 à 62 ans, demeurant dans des lieux de vie, à la fois urbains, périurbains et ruraux, et appartenant à des catégories socio-professionnelles diverses. L'ensemble de ces paramètres a permis de bénéficier d'un échantillon représentatif de la population cible
- le choix de la méthode qualitative, qui a permis, en utilisant un guide d'entretien adapté, de découvrir puis, par ce travail, de faire entendre la parole des patients sur ce sujet.

Concernant les différentes raisons d'un manque d'activité physique, mais aussi les bénéfices et inconvénients de l'activité physique donnés par les patients, les résultats de l'étude sont cohérents avec d'autres études, renforçant la validité externe de notre travail.

4.1.2 Limites de l'étude

Deux types de biais ont été retrouvés, responsables d'une baisse de la validité interne.

Des biais d'investigation :

- les chercheuses étant novices dans le domaine de la recherche, cette étude était leur première expérience. Ainsi par exemple, les patients n'ont pas été questionnés sur leur définition de la prévention, ce qui a pu induire un manque de données pour la discussion des résultats.
- les entretiens se sont déroulés pour certains au cabinet médical, pour d'autres chez les patients. Le choix de l'environnement a pu entraîner une répercussion sur le patient, celui-ci se sentant probablement plus à l'aise chez lui, dans son environnement.

Un biais lié à la méthode qualitative : dans tout entretien il existe une subjectivité du chercheur, celui-ci pouvant orienter le discours du patient dans le sens de ses hypothèses. Le guide d'entretien n'étant pas rigide, nous avons une certaine liberté dans les questions de relance. Par conséquent, aucun entretien n'était animé de la même manière par chaque chercheuse. En outre, chaque patient avait des capacités différentes à exprimer ses opinions, ce qui a pu entraîner un manque de données pour certains, ou une incompréhension de leur propos. Cependant, ces deux risques (subjectivité du chercheur et capacités du patient) sont inhérents à la méthode choisie, et ne peuvent donc pas être complètement écartés.

4.2 DÉFINITIONS ET RECOMMANDATIONS

Il était primordial de redéfinir les notions de base de l'étude avec les patients. En effet, il persistait des amalgames, pour les patients comme pour les médecins, entre les termes « activité physique » et « sport », et entre « inactivité » et « sédentarité ».

4.2.1 Activité physique

L'activité physique, dans sa définition même, implique son intégration dans toutes les facettes du quotidien : les déplacements, mais aussi les temps sociaux, professionnels et de loisirs (33,39).

Pourtant, il apparaissait dans notre étude que la pratique physique était une activité à part entière, dépendante de la motivation du patient à l'exercer, individuellement ou en groupe. En ce sens, il ressortait que l'activité physique, globalement bien définie, n'était pourtant perçue que comme une pratique sportive. D'ailleurs, le Rapport de Santé Publique rappelle ce point, insistant sur le fait que l'activité physique ne se réduit pas au sport, terme qui reste encore trop souvent associé à une dépense intense, en compétition, qui renvoi à l'image d'un corps musclé et mince, décourageant alors bon nombre de patients (39).

Elle était par ailleurs définie par ses conséquences : en permettant de préserver sa santé, mais aussi de retrouver une forme de plaisir social, à travers la formation de liens amicaux. Ces deux notions sont d'ailleurs retrouvées dans l'étude réalisée par l'INSERM, relative aux contextes et effets sur la santé de l'activité physique (27).

En somme, les patients restent inactifs et sédentaires malgré la connaissance des conséquences positives de l'activité physique sur le plan organique et social, mais sans comprendre tout à fait qu'elle pourrait être pratiquée indépendamment d'une pratique sportive. Ainsi, avec la bonne définition de l'activité physique, peut-être pourraient-ils pratiquer plus.

4.2.2 Prévention

Les enjeux de la prévention étaient globalement bien compris par les patients. C'est Simone qui décrivait la prévention comme le fait de « maintenir les sujets en bonne santé et donc de prévenir les maladies ».(40)

Cristiano, lui, évoquait une baisse de consommation de médicaments grâce à la prévention. Pourtant, il semble intéressant de rappeler que les médicaments occupent encore le premier poste des dépenses de prévention au sein de la consommation des soins et biens médicaux en 2016 (41).

Par ailleurs, il était admis pour certains patients que la mise en place de cette prévention impliquait une prescription médicale, allant de l'imagerie à la prescription de tests biologiques. Il s'agit là de dépistage entrant alors dans le cadre de la prévention secondaire. Ces bilans semblaient être un support objectif et simple sur lequel s'appuyer les patients : leur normalité les rassurait, pensant alors que leur hygiène de vie était suffisante pour les garder en bonne santé. Or, l'efficacité en terme de morbidité et de mortalité de ces examens n'a pas été démontrée dans une méta-analyse de 2012. (42)

On pourrait donc se questionner sur l'intérêt de ces bilans, pouvant induire un manque de prévention primaire en l'absence d'éducation à la santé associée par le médecin traitant.

En ce sens, dans un système de santé où la prescription est « symboliquement la concrétisation de l'acte médical » (26), et l'activité physique étant maintenant possible sur prescription, il ne faudrait pas oublier l'importance de la communication orale entre le médecin et son patient, indispensable dans toute démarche de prévention primaire.

4.2.3 Sédentarité

La plupart des patients définissait la sédentarité comme étant l'inverse de l'activité physique, sans pouvoir la distinguer de l'inactivité. Pourtant, la sédentarité est récemment reconnue comme un facteur de risque indépendant, l'effet négatif sur la santé croissant avec le temps passé assis (3).

Ainsi, les comportements sédentaire et actif peuvent coexister chez un même individu, quatre profils pouvant être décrits : inactif et sédentaire, inactif et non-sédentaire, actif et sédentaire et actif et non-sédentaire (43).

Des données récentes (44) ont montré que les effets délétères d'un comportement sédentaires sont d'autant plus marqués que la personne est inactive. Et la pratique d'une activité physique même d'intensité légère, en remplacement d'un comportement sédentaire, a un effet bénéfique sur la santé.

Ainsi, il apparaît important de rechercher le profil de chaque patient, et d'insister auprès de ce dernier sur l'importance de la reprise d'une activité physique, mais aussi d'une lutte contre la sédentarité (45).

4.2.4 Recommandations

Différentes fréquences, intensité, durée d'exercice physique étaient proposées par les patients. L'amalgame entre séance sportive et activité physique semblait encore présent.

Pour certains individus, une à deux séances par semaine d'activité physique intense étaient suffisantes. Cette idée s'apparente aux « week-ends warriors », définis par une pratique physique intense et prolongée, une à deux fois par semaine. Bien que des effets bénéfiques puissent être obtenus, le risque d'événements indésirables musculo-squelettiques ou cardio-vasculaires rend cette habitude déconseillée (46).

Aucun seuil minimal d'intensité n'était avancé. Pourtant, les études montrent qu'il existe une intensité minimale d'activité physique, pour chaque patient, afin d'obtenir des effets sur la santé.

Néanmoins, alors que certains préconisaient une pratique intense, d'autres mettaient en avant les risques d'un tel exercice. Les études actuelles montrent à la fois un effet dose-réponse entre intensité et bénéfices pour la santé, et un seuil au-

delà duquel les avantages sont limités et les risques augmentent. Cependant, le bénéfice final reste toujours favorable à l'activité physique (10).

Alors qu'auparavant, le seuil minimal de dix minutes consécutives était nécessaire, des études récentes (47) montrent que toute activité physique inférieure à dix minutes doit être intégrée au calcul journalier. Cela renforce et justifie les messages transmis aux patients d'une activité physique intégrée au quotidien, tel que « prenez les escaliers plutôt que les ascenseurs », « sortez de la voiture pour faire les courses plutôt que de passer au drive », etc.

La majorité des patients avaient intégré l'importance d'une régularité qui permettrait le maintien des effets bénéfiques sur la santé, de la condition physique et de l'autonomie (27).

En somme, les patients étaient bien conscients d'une nécessité de personnalisation de la fréquence, de l'intensité, du type d'activité physique selon les capacités, l'âge, le niveau habituel d'activité physique et l'état de santé global (comme c'est le cas dans les recommandations, avec des conseils spécifiques pour chaque type de population). Ceci concorde bien avec les résultats de l'ONAPS, qui montrent que sept adultes sur dix connaissent les recommandations (5).

4.3 ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Dans les études, les médecins semblent réticents à l'idée que la motivation puisse être influencée par des actions extérieures. Il est vrai que tout changement significatif dépend également d'une action intérieure, à savoir la responsabilisation de l'individu. Mais l'intervention brève et l'entretien motivationnel permettent au patient ce regard intérieur, et l'efficacité de ces méthodes n'est plus à prouver.

En effet, l'entretien motivationnel, formalisé par Rollnick et Miller en 1980, est une méthode de communication collaborative visant un renforcement de la motivation intrinsèque, permettant alors une responsabilisation de l'individu, clef d'un changement sur le long terme (48,49).

Prochaska et DiClemente ont élaboré la classification des différents stades de changement. Deux médecins endocrinologues, C. Simon et G. Chabrier, proposent d'appliquer ce modèle transthéorique à la prescription de l'activité physique, lors de consultations motivationnelles (48).

Il était donc intéressant, dans ce contexte, de construire une partie sur le principe d'un entretien motivationnel, d'autant que l'entretien semi-dirigé s'y prêtait bien. Les réponses des patients ont été intégrées dans une balance décisionnelle, classées selon les deux versants (statut quo et changement), et les deux sous-catégories de ces deux versants (inconvenients à pratiquer et avantages à ne pas pratiquer pour les éléments concourant au maintien du statut quo ; avantages à pratiquer, inconvenients à ne pas pratiquer pour les éléments concourants au changement).

4.3.1 Statut quo

4.3.1.1 Inconvenients à pratiquer

Les freins à la pratique de l'activité physique étaient variables. Comme dans les études, ces freins étaient liés à l'environnement, au social (présence ou pas d'un entourage motivant), ou dans la majorité des cas à une situation personnelle, à savoir un manque de temps, de motivation, des fausses croyances, ou encore une fatigue (10,39).

Anciennement actifs, les patients avaient en mémoire leur condition physique d'antan et pensaient la retrouver lors de la reprise : l'inverse en pratique entraînait

une autodépréciation (concept décrit par le guide d'activité physique et sportive de l'HAS en juillet 2019), qui souvent les invitait à retourner vers une inactivité.

Pour une certaine catégorie de patients, la peur de l'accident entraînant une incapacité, voire un handicap, les figeaient dans leur attitude de non-actif et sédentaire, quand bien même ils énuméreraient les risques possibles d'un tel comportement. La HAS rappelle d'ailleurs que les bénéfices de l'activité physique sur la santé sont indiscutables et bien supérieurs aux risques de lésions musculo-squelettiques (10).

Concernant l'environnement, une patiente rapportait la pollution comme un frein à sa pratique. Pour autant, une étude de santé publique rapporte que « les bénéfices à promouvoir la marche et le vélo sont supérieurs aux risques liés à une augmentation de l'exposition à la pollution atmosphérique » (50,51).

Enfin, entreprendre une activité physique en solitaire apparaissait pour une grande majorité des patients comme un frein important. Deux arguments pouvaient l'expliquer : d'une part l'absence d'accompagnement par un tiers entraînait des difficultés de motivation sur le long terme, d'autre part les patients ne souhaitaient pas pratiquer seuls aux dépens du temps familial.

Là encore, il est du rôle du médecin de rassurer et de guider les patients dans leur reprise, en s'appuyant sur le guide HAS 2019, qui propose une prise en charge adaptée selon les freins évoqués par les patients.

4.3.1.2 Avantages à ne pas pratiquer

Finalement, les patients avançaient peu d'arguments concernant les avantages à rester sédentaires. La grande majorité avouait bien que le manque d'exercice était

lié à une « *paresse* », en la critiquant même pour certains, mais sans avoir l'envie de changer pour autant.

Le seul intérêt retrouvé était le gain de temps. Les patients préféraient utiliser leur temps disponible à une autre occupation que celle de la pratique d'activité physique, sans pour autant la préciser. Ils évoquaient l'importance de leur « train-train », qui paraissait alors difficile à modifier, malgré le fait qu'ils affirmaient pouvoir changer facilement leurs habitudes de vie.

Le mouvement, mais aussi le bouleversement du quotidien, étaient de véritables contraintes pour les patients. Il existe aujourd'hui des moyens alternatifs pour ne plus bouger, source d'un certain confort pour le patient : profiter de divertissements chez soi devant les écrans, livraison des repas, réalisation des trajets-domicile inférieurs à cinq kilomètres en voiture, robotisation du matériel (tracteur-tondeuse, matériel de cuisine, ...), etc.

4.3.2 Changements

4.3.2.1 *Avantages à pratiquer*

Dans les études déjà réalisées, les avantages à pratiquer une activité physique sont la santé, le contrôle du poids, les bénéfices physiques et psychologiques et la socialisation (40). L'ensemble de ces arguments étaient retrouvés dans l'étude, démontrant bien que les patients étaient conscients des nombreux avantages de l'activité physique, et gardaient tous un souvenir des bienfaits psychiques, dans leur pratique passée. En effet, la plupart des patients insistaient sur le plaisir induit par la pratique d'activité physique. L'apport de plaisir et la préservation de la santé sont d'ailleurs les premiers facteurs de motivation (39).

L'un des patients décrivait l'agréable sensation de se sentir fort lors de sa pratique passée. Il est vrai que la reprise de l'activité physique permet le développement de

l'estime de soi, comme exploré par Fox et Corbin en 1989, avec quatre critères de la valeur physique perçue, source et conséquence de l'estime de soi : la condition physique, la compétence sportive, la force perçue et l'apparence physique.

4.3.2.2 Inconvénients à ne pas pratiquer

Comme retrouvé dans le Baromètre santé de 2017, dans les inconvénients à ne pas pratiquer, les patients citaient les effets néfastes sur la santé, bien conscients que ceux-là étaient multiples, mais sans pour autant pouvoir les citer précisément. En effet, la plupart parlaient de « *toxines* », de conséquences « *sur tout quoi* ». Les messages récents de santé publique semblaient tout de même s'intégrer dans leur esprit, comme l'impact de l'inactivité sur le dos, avec le risque de lombalgie.

Les patients évoquaient donc une augmentation de la morbidité, mais parlaient aussi d'une mortalité précoce. C'est également une notion que l'on retrouve dans les études, celles-ci retrouvant que l'inactivité, et plus récemment la sédentarité, entraînent une majoration du risque de décès de plus de 30% par rapport aux personnes actives (49).

4.4 PRÉVENTION : ACTEURS ET OUTILS

Différents acteurs de prévention ont été explorés avec les patients, mais travaillant plus précisément le rôle et l'impact du médecin généraliste.

En outre, de multiples outils de prévention ont été dégagés, dont l'idée principale d'une consultation dédiée à la prévention par l'activité physique.

4.4.1 Acteurs

4.4.1.1 Le médecin généraliste

Le médecin généraliste était une figure d'autorité pour les patients. Ceux-là attendaient, de la part de la médecine, des conseils concernant leur hygiène de vie, et accordent plus de confiance au médecin généraliste qu'aux médias, considérant qu'il est la source d'information la plus fiable (21).

Les études montrent qu'à court terme, la promotion de l'activité physique est efficace dans la modification du comportement des hommes et des femmes sédentaires (52,53).

Néanmoins, l'efficacité à long terme de ce type de conseil fait encore l'objet d'études.

En effet, lorsque le médecin abordait le sujet avec le patient, l'impact était positif mais insuffisant pour que le patient se mette à pratiquer.

Sur le terrain, le médecin n'avait qu'un rôle préventif mineur pour nos patients. Dans certains cas, il n'abordait jamais le sujet de l'activité physique. Ce manque de prévention par le médecin a été évoqué en introduction.

Du côté du patient, de nouveaux éléments ont été tirés de cette étude :

- certains se disaient en bonne santé, et donc ne ressentaient pas le besoin d'évoquer ce sujet. Le conseil en activité physique était donc selon eux réservé aux personnes malades, ou en surpoids. Ainsi, ils évoquaient une notion culturelle, sous-tendue par l'idée que consulter en l'absence de symptôme ne faisait pas partie des mœurs françaises.

- d'autres parlaient du manque de temps du médecin. On remarquait la crainte des patients de faire perdre du temps au médecin, qui est à leur yeux un professionnel surchargé de travail. Ils ne veulent pas le « déranger pour rien », car consulter sans symptôme serait inutile.

En théorie, l'idée de prévention en médecine générale était la bienvenue. Les patients trouvaient l'idée de replacer la prévention au cœur de la pratique médicale intéressante, le médecin généraliste étant un interlocuteur privilégié dans ce domaine, et un relais d'informations sur leur santé (49).

4.4.1.2 Autres professionnels de santé

Les patients ont cité la sage-femme, le kinésithérapeute et le médecin du travail.

Le travail pluridisciplinaire n'était pas évoqué. Pourtant le dialogue entre les professionnels serait intéressant dans le travail de prévention pour l'activité physique (16).

À noter qu'il existe un autre acteur, non évoqué par les patients : les caisses d'assurance maladie, qui organisent régulièrement, pour leurs adhérents, des examens de santé associant conseils de prévention, questionnaire de santé et dépistages de pathologies (18). Malgré tout, ces examens aboutissent parfois à une surmédicalisation et n'entrent pas réellement dans le cadre de prévention primaire, puisque dépourvus de suivi (49).

4.4.1.3 Médias et gouvernement

L'information promue par les campagnes de notre système de santé est ressentie comme « *logique* », « *adaptée* », par les patients interrogés, même si ceux-là ne se sentaient pas concernés par les conseils médiatisés.

Les pouvoirs publics souhaitent responsabiliser la population : « bougez plus », « mangez mieux ». Il les sensibilise par des impératifs, alors que l'individu n'est pas le seul responsable de sa mauvaise hygiène de vie. En effet, le patient subit quotidiennement des messages publicitaires contradictoires : entre ces injonctions à

une meilleure hygiène de vie, et des publicités de nourriture, d'écrans, de voiture (54). Au Royaume-Uni, des campagnes de communication récentes ont adouci leur discours, pour éviter toute culpabilisation ou dégradation de l'estime de soi. Ainsi, ils invitent la population à pratiquer « un peu plus » (39).

Le gouvernement est également acteur dans la promotion de l'activité physique en prévention primaire par ses décisions budgétaires allouées à l'éducation à la santé. Le budget public est pourtant encore insuffisant face à celui réservé aux soins curatifs (<1%) (19). Pourtant, les conséquences économiques de l'inactivité et de la sédentarité ne sont pas négligeables, avec un coût estimé à plus de 17 milliards d'euros en France (14 milliards pour les dépenses de santé) chaque année (48,55).

4.4.1.4 L'entourage

L'un des freins exprimé à la pratique d'une activité physique était la solitude. Les patients ont donc été interrogés sur leur entourage : leur pratique personnelle et leur influence.

Les enfants des patients interrogés étaient pour la plupart actifs. D'ailleurs, les patients avaient, pour onze d'entre eux, été actif dans le passé. Les études montrent, en prenant souvent l'exemple de la Finlande, l'importance de la pratique d'activité physique dans l'enfance, et le vécu de celle-ci pour la pratique future (39).

Le conjoint, mais aussi leurs amis, étaient à la fois des freins et des moteurs à la reprise de l'activité physique. Une étude de 2006 montre un niveau d'activité physique plus élevé chez les sujets mariés ou en couple (56).

L'idée de pratiquer en groupe était plaisante, mais il fallait y être amené par une connaissance. C'est ce qu'on retrouve dans le Rapport France Stratégie, où une

étude montre l'impact favorisant de l'entourage dans la phase de reprise de l'activité physique (39).

Une piste pourrait donc être le développement de groupes d'activité physique au niveau d'un territoire, d'un bassin de santé, et pour le médecin la connaissance de l'existence de ces groupes et leur promotion.

4.4.1.5 Le milieu professionnel

La grande majorité de la population passe trois quarts de son temps au travail.

La plupart des métiers implique une grande sédentarité, celle-ci pouvant donc être considérée comme un risque professionnel (57).

A l'inverse, les emplois plus physiques n'induisent pas nécessairement de bienfaits sur la santé, bien au contraire : l'activité physique reste souvent caractérisée par une pression temporelle, une répétitivité gestuelle, des niveaux d'efforts trop élevés et peu adaptés, tout ceci étant responsable de la plupart des accidents du travail et des maladies professionnelles (39,58).

Les entreprises sont de plus en plus impliquées dans la prévention du risque sédentaire, par l'organisation des postes de travail par exemple, avec les bureaux assis/debout réintroduits aux Etats-Unis, en Allemagne et au Japon (59), ou encore par la création de pauses actives. Une réorganisation en pratique pourrait favoriser la prise des escaliers par rapport aux ascenseurs, ou permettre une flexibilité des horaires (39). En pratique, les patients proposaient l'aménagements des locaux, des vestiaires ou encore l'installation de garages à vélo. Certains pensaient également créer des groupes d'activité physique entre collègues.

Ces mesures bénéficieraient à la fois au salarié, à l'entreprise et à la société :

- au salarié par une réduction des douleurs et donc des troubles musculo-squelettiques, un bien-être au travail, une réduction des arrêts maladie et des accidents de travail
- aux entreprises par une baisse significative de l'absentéisme pour maladie (de -6 à -32%), une réduction du turn-over (-25%), une augmentation de la productivité (+9%) (60)
- à la société par des dépenses de santé moins importantes, un gain de croissance pour l'économie de plus de 1% (61).

4.4.2 Les outils de prévention

4.4.2.1 La consultation dédiée

Dans notre étude, les médecins rapportaient une difficulté de recrutement de patients candidats pour cette étude, pour différentes raisons :

- les inactifs étaient fumeurs
- les non-fumeurs faisaient de l'activité physique
- les non-fumeurs et sédentaires avaient un IMC > 25

Donc, les patients inactifs, sans antécédents et en bonne santé ne consultaient que rarement leur médecin traitant. En ce sens, proposer une consultation spécifique, à l'image des consultations obligatoires de l'enfant, permettrait de cibler ces patients.

Les avis concernant l'utilité d'une consultation médicale dédiée à la prévention primaire pour l'activité physique, allaient de l'enthousiasme marqué au désintérêt total.

En février 2019 est sorti le guide d'activité physique et sportive pour les adultes, édité par la HAS. En l'étudiant, on constate facilement qu'une telle consultation prendrait du temps. On sait par ailleurs que les consultations plus longues sont

bénéfiques pour le patient, et sont plus à même de délivrer des soins préventifs et d'éducation pour la santé (49,62).

Les patients évoquaient la nécessité de rappels par leur médecin. Une consultation dédiée avec une fréquence établie pourrait permettre ce suivi, indispensable à l'efficacité de toute action de prévention, en permettant d'obtenir des modifications comportementales et du style de vie (63).

Un autre point important abordé dans cette partie était l'impact financier, certains patients y voyaient des dépenses inutiles, quand d'autres pensaient à des économies de santé.

Il est difficile d'évaluer le coût de la mise en place d'une consultation à visée préventive, et nous n'avons pas trouvé d'éléments de littérature. Cependant, une étude réalisée par le ministère des sports en 2018 a estimé le gain économique, en termes sanitaires, secondaire à la généralisation de la pratique sportive à 7,7 milliards d'euros (57).

4.4.2.2 Outils de prévention

Pour les patients, le simple fait d'aborder le sujet de l'activité physique pouvait déjà être un élément de prise en charge. D'ailleurs, deux patients de l'étude avaient réfléchi sur leur pratique au moment du recrutement, et arrivaient en début d'entretien avec l'idée qu'ils devaient réintroduire l'activité physique dans leur quotidien.

Pour les patients, plusieurs techniques de communication orales pouvaient être utilisées :

- des conseils personnalisés adaptés à leur mode de vie

- l'apport de connaissances concrètes, comme les définitions. Les stratégies visant à augmenter les connaissances des patients permettent d'ailleurs de promouvoir efficacement l'activité physique (64)

- une communication anxiogène, leur indiquant les risques encourus en cas de poursuite du comportement sédentaire par des techniques d'appel à la peur. Ce type de communication a montré une certaine efficacité sur les changements de comportements, mais uniquement à court terme. En effet, il a été prouvé qu'elle provoquait la minimisation des risques par un mécanisme de défense cognitif, et relevait d'une éthique douteuse (65).

L'outil écrit, que ce soit à travers des conseils écrits ou encore des affiches à mettre dans la salle d'attente, était approuvé par certains patients. Plusieurs études ont montré l'efficacité d'une telle méthode. Une revue de la littérature canadienne met en avant une augmentation de la pratique d'activité physique lorsque l'information orale est accompagnée de documents distribués aux patients (7). En Nouvelle Zélande, c'est sous la forme d'une « prescription verte » contenant des conseils d'exercices écrits que l'activité physique auto-déclarée a augmenté.

En ce sens, le guide de la HAS 2019 conseille aux médecins généralistes, sous certaines conditions, la prescription d'un programme d'exercice physique, avec ou sans supervision, aux patients inactifs et sédentaires (10).

Concernant les nouvelles technologies (application, podomètre...), aucun des patients de l'étude n'en utilisait. Néanmoins, plusieurs études montrent une augmentation de la pratique d'activité physique lorsque les patients ont recours à ce genre d'outils numériques (64,66).

Par ailleurs, internet se révélait être utilisé par les patients pour répondre à leurs interrogations. Il existe de nombreux sites référencés et délivrant une information de qualité sur la pratique d'activité physique comme le site « Manger-Bouger », par ailleurs méconnu de la plupart des patients interrogés. Le site « Manger-Bouger Pro » offre également une large gamme d'outils à utiliser en consultation.

En somme, l'utilisation d'outils variés, au sein d'une consultation dédiée, pourrait permettre d'augmenter la pratique de l'activité physique chez nos patients inactifs et sédentaires.

Un bel exemple est celui d'un programme québécois, « Osez la santé pour la vie », au sein duquel les médecins généralistes sont très impliqués, et offrant aux patients de nombreux bénéfices. Il combine l'ensemble des outils que nous venons d'explorer : une pluridisciplinarité (infirmière de prévention, chargés de prévention clinique), une formation des médecins traitants (avec des recommandations, formation à l'entretien motivationnel), un aménagement des salles d'attentes (affichage d'informations, auto-questionnaires) et la possibilité d'une prescription préventive (60).

5 CONCLUSION

La sédentarité et l'inactivité physique se sont répandues dans notre société. En pratique, la promotion de l'activité physique en prévention primaire reste trop peu pratiquée en consultation. Partant de ces constats, et devant l'existence d'études ayant interrogé le point de vue des médecins généralistes à ce sujet, il était intéressant d'explorer à présent les représentations des patients sains, inactifs et sédentaires.

Différents obstacles à la pratique de l'activité physiques ont pu être dégagés.

Tout d'abord, l'obstacle sémantique : auparavant, l'activité physique s'exerçait de façon quotidienne, au travail, lors des déplacements, et sur le temps personnel. Notre étude montrait que les patients l'assimilaient encore trop souvent à une activité sportive à part entière. En outre, alors qu'il existe quatre profils de patient selon le niveau d'activité et l'état de sédentarité, pour la majorité des patients, sédentarité et inactivité signifiaient la même chose. Il existait donc une méconnaissance des termes, mettant en lumière l'importance de les redéfinir avec le patient.

Ensuite, un obstacle motivationnel : les patients interrogés avouaient un certain laisser-aller, un « train-train » rassurant pour eux. Néanmoins ce rythme de vie n'était pas satisfaisant pour autant, puisqu'ils étaient bien conscients des risques sanitaires liés à cette inactivité. En effet, il s'agit bien là d'un manque de motivation, et non pas d'une carence d'informations : les patients connaissaient les bénéfices de l'activité physique, et les avaient même déjà ressentis auparavant.

Enfin, un obstacle social : plutôt que de pratiquer seul, les patients préféraient s'entourer d'un tiers de leur entourage.

Les sujets interrogés relevaient qu'en France, on consulte quand on est « malade ». De plus, la reprise de l'activité physique ne semblait pas

primordiale à leurs yeux, puisqu'ils se sentaient en bonne santé. Ils étaient également persuadés que le médecin n'avait pas le temps, et ne souhaitaient pas lui en faire perdre davantage.

De nombreux acteurs peuvent œuvrer à la promotion de l'activité physique.

Le gouvernement, par l'organisation des espaces de vie, en réponse aux freins environnementaux.

L'entourage du patient, en réponse au frein de la pratique en solitaire, et par l'induction directe ou indirecte d'une motivation.

Enfin, l'acteur nous intéressant ici, le médecin généraliste, en réponse aux freins personnels, comme le manque de motivation, entre autres. Ce dernier, par sa figure d'autorité et la possibilité d'une prise en charge personnalisée sur le long cours, s'avèrait être l'acteur principal pour aborder l'activité physique.

Les patients appréciaient l'idée que le médecin généraliste puisse exercer ce rôle, et la suggestion d'une consultation dédiée à la promotion de l'activité physique était accueillie favorablement. Ils souhaitaient alors y recevoir des informations orales, mais aussi écrites, et étaient en demande d'une plus grande responsabilisation concernant la prise en charge de leur santé.

Il pourrait être intéressant de mettre en place cette consultation dédiée à la promotion de l'activité physique, en utilisant les différents outils cités, mais également ceux proposés par le guide HAS 2019. Cette consultation pourrait intégrer trois étapes essentielles (67), en débutant par l'évaluation du niveau d'activité physique du patient, des obstacles à la reprise, et du niveau de motivation, puis en définissant les objectifs, pour finir par effectuer un suivi et une prévention des rechutes.

Ce moment de prévention pourrait également être l'occasion d'aborder l'alimentation et le sommeil.

Actuellement, les projets de prévention primaire par la pratique de l'activité physique se multiplient, à l'étranger comme en France, avec l'exemple du projet « Biarritz Sport-Santé », ayant augmenté la pratique d'activité physique localement, et grâce auquel la ville a obtenu le label Ville Active PNNS (48).

Vu le 4/5/2020

Le Président du Jury

Professeur Pierre MESTHE

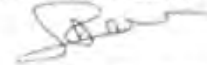
 Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHE
Médecine Générale

Vu, permis d'imprimer,

Le Doyen de la Faculté

de Médecine de Purpan

Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse-Purpan



Didier CARRIÉ

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Programme national nutrition santé 2011-2015. [solidarite-sante.gouv](http://solidarite-sante.gouv.fr);
2. OMS | Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé [Internet]. WHO. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommandations/fr/
3. Etat des connaissances-Recommandations relatives à l'alimentation, à l'activité physique et à la sédentarité pour les adultes. Santé Publique France. 2019;1-63.
4. Le niveau d'activité physique ou sportive des Français : résultats du baromètre 2016 et bilan de 5 ans d'étude. Attitude Prévention [Internet]. 12 janv 2017 [cité 8 nov 2019]; Disponible sur: <https://www.attitude-prevention.fr/donnees-chiffrees/barometre-activite-physique-sportive-francais-2016>
5. Larras B. Etat des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France. ONAPS. 2018;1-29.
6. Grosclaude M, Ziltener J.L. Les bienfaits de l'activité physique (et/ou les méfaits de la sédentarité). Revue Médicale Suisse. 2010;6:1495-8.
7. Activité physique : Contextes et effets sur la santé. INSERM. 2008;1-827.
8. Bloy G. Échec des messages préventifs et gouvernement des conduites en médecine générale. Sciences sociales et sante. 2015;Vol. 33(4):41-66.
9. Oppert J.M, Simon C, Riviere D. Activité physique et santé. Arguments scientifiques, pistes pratiques. Ministère de l'emploi et de la solidarité, SFN. oct 2005;1-55.
10. HAS. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé, chez les adultes. juill 2019;1-105.
11. L'activité physique au quotidien protège votre santé. Dossier de presse INPES. 2004;1-27.
12. Vuillemin A. Méthodes et outils d'évaluation de l'activité physique et de la sédentarité. Inserm. 2011;97-113.
13. Desnoyers A, Riesco E, Fülöp T, Pavic M, Riesco E, Fülöp T, Pavic M. Activité physique et cancer : mise au point et revue de la littérature. La Revue de Médecine Interne. 1 juin 2016;37(6):399-405.
14. Nutrition et prévention primaire des cancers : actualisation des données. INCA. 2015;1-106.
15. Gremion G. Edito: L'activité physique et le sport, moyens de prévention contre l'addiction? Revue Médicale Suisse [Internet]. 2004 [cité 8 nov 2019];0(2394). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2491/23941>
16. Collé J. Le conseil en activité physique en soin primaire : etude descriptive de la pratique des médecins généralistes d'Ile de France. [Thèse DES Médecine]. Paris Diderot 7; 2014.
17. Boudenot A. Prévention des activités physiques en prévention et en thérapeutique. juill 2016 [cité 8 nov 2019]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com-s.docadis.ups->

18. Gautier I. Regards croisés sur la prévention en médecine (aspects éthiques et déontologiques). Commission Nationale Permanente. 2013 2012;1-114.
19. Gosselain Y, Laperche J, Prevost M. Les obstacles à la prévention en médecine générale: les connaître sans les dépasser. 1999;(10):42-5.
20. Société française de santé publique. La consultation de prévention en médecine générale. Collection Santé et Société. 2007;(13):1-183.
21. Ferrer É. La place du médecin généraliste dans la nutrition en prévention primaire: expériences et attentes de patients âgés de moins de 40 ans [Thèse DES Médecine]. Nice; 2016.
22. P. Le Fur, V. Paris, C. Pereira, T. Ranaud, et C. Sermet. Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé, une approche exploratoire. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Etudes et Résultats. juill 2003;(247).
23. Génolini J-P, Roca R, Rolland C, Membrado M. « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? Sciences sociales et sante. 2011;Vol. 29(3):81-122.
24. Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 [Internet]. Ministère des sports, Ministère des solidarités et de la santé; 2019. Disponible sur: http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snss_2019-2024_cs6_v5.pdf
25. Stratégie nationale de santé. Contribution du haut conseil de sant publique. Haut conseil de la santé publique. sept 2017;1-189.
26. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Collège de la Haute Autorité de Santé. 2011;
27. Aquatias S, Arnal J.F, Rivière D, Bilard J, Callède J.P, Casillas J.M et al. Activité physique : contextes et effets sur la santé - Synthèse et recommandations. Inserm HAL. 2017;6-169.
28. Godard J. La médecine générale, la prévention et la santé publique. Santé Publique. 2009;21(6):613.
29. Bloy G, Philippon LM, Rigal L. Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : des évidences aux contingences de la consultation. Sante Publique. 22 juin 2016;S1(HS):153-61.
30. G, Arnaud. Baromètre santé médecins généralistes 2009. INPES. 2011;
31. Bize R. Promotion de l'activité physique au cabinet médical. Manuel de référence à l'intention des médecins. 2016;44.
32. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Prévention en médecine générale. Deuxième partie : regards croisés patients-médecins. Médecine. 1 nov 2008;4(9):406-10.
33. Actualisation des repères du PNNS. Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Rapport d'expertise collective. ANSES. 2016;
34. Copeland GP, Jones D, Walters M. POSSUM: a scoring system for surgical audit. Br J Surg. mars 1991;78(3):355-60.

35. ONAPS. Outils d'évaluation : Questionnaires activité physique et sédentarité. Disponible sur: <http://www.onaps.fr/boite-outils-et-ressources/outils-d-evaluation/questionnaires-activite-physique-sedentarite/>
36. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
37. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. :18.
38. Recherches impliquant la personne humaine [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 8 déc 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/recherches-impliquant-la-personne-humaine/>
39. Gimbert V, Nehmar K. Rapport France Stratégie : Activité physique et pratique sportive pour toutes et tous. Comment mieux intégrer ces pratiques à nos modes de vie ? 2018.
40. Rivière D. Le concept de prescription de l'activité physique. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. avr 2017;201(4-6):869-78.
41. Les dépenses de santé en 2017 : Résultats des comptes de la santé. DREES. Edition 2018;1-222.
42. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. - PubMed - NCBI [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23076952>.
43. La motivation auto-déterminée des élèves en éducation physique : état de la question. Staps. 7 juill 2010;n° 88(2):7-23.
44. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Chapter 2 Sedentary Behavior. 2018; Disponible sur: https://health.gov/sites/default/files/2019-09/08_F-2_Sedentary_Behavior.pdf
45. Chevance G, Foucaut AM, Bernard P. État des connaissances sur les comportements sédentaires. La Presse Médicale. 1 mars 2016;45(3):313-8.
46. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. :482.
47. Caspersen C.J, Powell K.E, Christenson G.M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. 1985;(100):126-31.
48. Pitarch J. Déterminants de la prescription d'activité physique : étude qualitative auprès des 21 médecins de l'expérience Sport-Santé sur ordonnance menée à Biarritz en 2015. Poitiers; 2016.
49. Gelly J. Optimisation des stratégies préventives en médecine générale. :100.
50. de Nazelle A, pour le consortium TAPAS. Transports actifs et santé : programme européen TAPAS et évaluation d'impact sanitaire à Barcelone (Espagne). Bull Epidémiol Hebd. 2015;((30-31)):570-9.
51. Tainio M, de Nazelle AJ, Götschi T, Kahlmeier S, Rojas-Rueda D, Nieuwenhuijsen MJ, et al. Can air pollution negate the health benefits of cycling and walking? Prev Med. 2016;87:233-6.
52. Depiesse F, Coste O. Prescription des activités physiques en prévention et en thérapeutique. Elsevier Masson. 2016.

53. Chakravarthy M.V, Joyner M.J, Booth F.W. An obligation for primary care physicians to prescribe physical activity to sedentary patients to reduce the risk of chronic health conditions. *Mayo Clin Proc.* 2002;77(2):165-7.
54. Génolini J-P, Clément J-P. Lutter contre la sédentarité : L'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort. *Sciences sociales et sport.* 2010;N° 3(1):133-56.
55. Bénard C. Évaluation économique des bénéfices du sport sur la santé : Rapport de faisabilité. :38.
56. Pettee KK1, Brach JS, Kriska AM, Boudreau R, Richardson CR, Colbert LH et al. Influence of marital status on physical activity levels among older adults. *Med Sci Sports Exerc.* mars 2006;38(3):541-6.
57. Dutheil F, Ferrières J, Esquirol Y. Sédentarité et activité physique en milieu professionnel. *La Presse Médicale.* 2017;46(7-8):703-7.
58. INRS. Dossier : Risques liés à l'activité physique. 2019.
59. Debout ! Rester assis au bureau nuit gravement à la santé. *Sciences et Avenir.* 2014;
60. Flajolet A. Rapport gouvernemental sur « les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire ». Annexe : la prévention, définition et comparaison. [Internet]. 2008. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
61. Praznocy C, Galissi V, Larras B. Mise en œuvre de programmes d'activité physique et de lutte contre la sédentarité en milieu professionnel : typologie des pratiques, modalités d'évaluation et bénéfices. ONAPS [Internet]. Disponible sur: http://www.onaps.fr/data/documents/Poster_SFSP_AP_prof_vf2.pdf
62. Chapuis C, Camuset M. La promotion de l'activité physique par les nouvelles technologies (smartphone, outils connectés, Internet) en médecine générale et en prévention primaire, une revue systématique de la littérature. 17 juill 2018 [cité 8 nov 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01858248>
63. SFDRMG. Consultation spécifique de prévention : oui, mais pas sans suivi.... *Bibliomed.* 2008;(491):1.
64. Bouté C, Cailliez E, d'Hour A, Goxe D, Gusto G, Copin N, et al. Bougeons notre santé ! L'expérience de 40 ateliers de motivation à l'activité physique. *Sante Publique.* 27 oct 2016;Vol. 28(4):451-60.
65. Raude J. Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : paradigmes et évolutions. *Communication langages.* 2013;N° 176(2):49-64.
66. Harris T, Kerry SM, Victor CR, Shah SM, Iliffe S, Ussher M, et al. PACE-UP (Pedometer and consultation evaluation - UP) – a pedometer-based walking intervention with and without practice nurse support in primary care patients aged 45–75 years: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 5 déc 2013;14(1):418.
67. Simon C, Chabrier G. Comment prescrire l'activité physique en pratique médicale ? *Annales d'Endocrinologie.* 2005;66(2-C3):235-8.
68. ONAPS, Définitions [Internet]. Disponible sur: <http://www.onaps.fr/boite-outils-et-ressources/definitions/>
69. CNRTL. Définition maladie. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/maladie>

70. Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease. 1996;
71. Définition recommandation. Disponible sur:
<https://www.cnrtl.fr/definition/recommandation>
72. OMS. Constitution. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
73. Georges Canguilhem. Le Normal et le Pathologique. Puf. 2013. 294 p.
74. Pate R.R, O’neill J.R, Lobelo F. The evolving definition of “sedentary”. 2008;36:173-8.

7 ANNEXES

ANNEXE I : Définitions

L'activité physique est définie comme « tout mouvement corporel produit par la mise en action des muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie au-delà de la dépense de repos, dont l'intensité varie de faible à élevée. » (47). Elle est caractérisée par sa fréquence, sa durée, son intensité (estimée en MET) et son type de pratique (4). Les activités physiques de la vie quotidienne se subdivisent habituellement en trois domaines, avec les déplacements actifs, les activités domestiques et les activités professionnelles ou scolaires.

Elle ne doit pas être confondue avec **le sport**, définie comme un sous-ensemble de l'activité physique, spécialisé et organisé (10).

L'inactivité physique se caractérise par un « niveau insuffisant d'activité physique ne permettant pas d'atteindre le seuil recommandé pour la santé » (68).

La maladie peut être définie comme une « altération de l'état de santé » (69). Ainsi, on parle de **malade** pour une personne atteinte de maladie, et de **patient** pour toute autre personne bénéficiant d'une consultation, d'un examen médical ou d'une opération chirurgicale (11).

La nutrition comprend alimentation et activité physique, les deux étant intimement liés par la dépense énergétique (la plus variable étant liée à l'activité physique) (11).

Quand **les préventions secondaire et tertiaire** visent à diminuer la prévalence d'une maladie ou la prévalence des incapacités chroniques, respectivement, **la prévention primaire**, elle, est une action menée en amont des problèmes de santé.

Elle est définie comme « l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas ou à en retarder l'âge de début » (OMS, 1948). Quand on parle de prévention primaire, on fait de l'**éducation à la santé** et non pas de l'éducation thérapeutique (qui permet d'aider les patients à mieux gérer leur pathologie). Celle-ci vise à apporter des connaissances, pour modifier les comportements dans un sens favorable à la santé (11).

La « **représentation mentale** », au sens philosophique, est le « fait de se représenter quelque chose (...) acte par lequel un objet de pensée devient présent à l'esprit » (70).

La **santé**, selon l'OMS « est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (71). Elle n'est donc pas le contraire de la maladie. Selon G. Canguilhem, la santé « c'est pouvoir tomber malade et s'en relever (...) c'est une façon d'aborder l'existence en se sentant non seulement possesseur ou porteur mais aussi créateur de valeur » (72).

La **sédentarité** est une « situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à 1,6 METs (dépense de repos), en position assise ou allongée. » (73). Il existe trois niveaux de sédentarité : faible (<3h par jour), modéré (3-7h/j) et élevé (>7h/j) (5,67).

ANNEXE II : Notice d'information pour la sélection des patients, à l'attention des professionnels de santé recruteurs.

1/ Explication du projet

En dire le moins possible sur l'étude.

Simplement, proposer aux patients correspondant aux critères de recrutement, qu'il s'agit d'un travail de deux étudiantes en médecine qui s'intéressent à l'activité physique et à la sédentarité, et qu'ils rentrent dans les critères de sélection pour l'étude. Il s'agit d'un entretien avec l'une d'elle, pouvant aller de 30 min à 1h maximum, où des questions leur seront posées. L'entretien est enregistré puis retranscrit par écrit et analysé. Comme il ne s'agit pas d'un entretien téléphonique, il faudra convenir d'un lieu de rendez-vous par téléphone. Le tout dans l'anonymat.

2/ Critères de recrutement

- IMC entre 18-25
- Hommes et femmes entre 18 et 65 ans (inclus)
- Pas d'addiction
- Pas de pathologie, pas d'antécédent, hormis chirurgies mineures, ne touchant pas les principaux organes.
- Pas de prise de traitements chroniques sauf : antalgiques palier 1 ponctuellement, antihistaminique, contraceptif hormonal.
- tout milieu socio-professionnel

3/ Questionnaire

Nous souhaitons sélectionner des patients **sédentaires** (qui n'ont pas d'activité physique de loisirs, prennent la voiture pour les déplacements et sont sédentaires sur leurs lieux de travail). Pour ce faire vous faites passer le **questionnaire GPAQ**

(recommandé par l'OMS pour déterminer l'activité physique d'un individu). Ce questionnaire prend **cinq minutes maximum** !

Il vous suffira de le faire passer au patient via ce lien (c'est à vous de lui poser les questions) : <http://www.mangerbouger.fr/Bouger-Plus/Vos-outils/Test-de-niveau-d-activite-physique>

Ne pas oublier de bien préciser avant de faire le test :

- les différents temps du test, à savoir l'activité physique au travail, l'activité physique domestique, celle liée aux transports, et enfin celle liée aux loisirs.
- préciser ce qu'est une activité physique élevée (essoufflement important, accélération du pouls) et modérée (faible essoufflement).

Donc vous sélectionnerez uniquement les patients ayant : “ [L'activité physique et vous, ce n'est pas encore tout à fait ça !](#)”

4/ Pour finir

Prendre les **coordonnées du patient** et le prévenir qu'on prendra contact avec lui pour l'entretien.

- Nom, Prénom
- Numéro de téléphone et mail

ANNEXE III : Formulaire d'informations et de consentement à l'attention des patients.

1/ Formulaire d'information

Nous vous remercions de porter de l'intérêt et d'accepter de participer à notre travail de recherche sur l'activité physique en prévention primaire.

Ce recueil d'informations sera enregistré mais restera anonyme; votre identité ne sera divulguée à personne et l'enregistrement ne sera écouté que par les deux chercheuses +/- la directrice de thèse. Cet enregistrement sera analysé, et une partie de vos réponses pourra être publiée sans que votre identité ne soit dévoilée. Vous pouvez refuser l'enregistrement.

Déroulement : vous aurez un entretien avec l'une des deux chercheuses, Emmanuelle Bardin ou Jeanne Savouret-Greff ; il ne s'agit pas d'un interrogatoire mais plutôt d'une discussion. Nous vous poserons quelques questions, sachez qu'il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse, il s'agit plutôt de recueillir vos expériences et représentations concernant la pratique d'activité physique. Si vous ne comprenez pas bien ce que nous vous demandons, n'hésitez pas à nous le dire. En posture de chercheuse, notre regard est neutre, ainsi nous ne jugerons pas vos paroles. La séance dure entre 20 et 60 minutes. Si vous avez des questions ou des remarques sur le sujet, n'hésitez pas à intervenir en fin d'entretien.

Ceci n'est pas rémunéré.

Votre participation est volontaire, si vous acceptez de participer, vous pouvez décider, à tout moment, de quitter l'étude.

Pouvez-vous à présent nous dire que vous avez compris le déroulement de l'enquête et que vous acceptez d'y participer ?

2/ Déclaration des conflits d'intérêts

Les chercheuses Emmanuelle Bardin et Jeanne Savouret-Greff déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt pour ce projet de recherche.

Date, lieu, heure :

Nom et Prénom de la chercheuse :

Signature :

3/ Formulaire de consentement

J'accepte de participer à l'étude

Date :

Signature :

ANNEXE IV : Guide d'entretien, première version

I. ÉTAT DES LIEUX

Quelle est la place de l'activité physique dans votre quotidien ?

- En pratiquez-vous (passé/présent) ? (loisir, jardinage/bricolage, tâches ménagères, transport, activité occupationnelle)
- Recevez-vous ou offrez-vous des conseils à votre entourage ?
- Utilisation d'applications ou d'outils numériques (podomètre...) ?
- Y pensez-vous souvent ?

Comment percevez-vous les informations sur l'activité physique ?

- Que connaissez-vous comme moyens de prévention contre la sédentarité ? (campagnes de prévention, médias, médecin) ?
- Quel est l'impact sur vous de ces moyens ? Vous sentez-vous concerné ? (culpabilisantes, ordres, perte de liberté ou plutôt bénéfiques)
- Votre médecin a-t-il déjà abordé l'activité physique avec vous ? par quels moyens ?
- Comment vous informez-vous sur l'activité physique ?
- Connaissez-vous le site manger bouger ? y êtes-vous déjà allé ?

II. REPRÉSENTATIONS

1. Définitions

Pour l'OMS, voici les définitions de l'activité physique : « tout mouvement corporel produit par la mise en action des muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie au-delà de la dépense de repos, dont l'intensité varie de faible à élevée », et de la sédentarité = "n'est pas l'inverse de l'AP mais une situation d'éveil

caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos (assis, allongé)”.

Que pensez-vous de ces définitions ? quelle serait votre définition de l'activité physique ?

- Pour vous, est-ce que sport et activité physique veulent dire la même chose ?
- Pensez-vous que l'on puisse être actif mais sédentaire à la fois ?

2. Représentations

- Quelles sont les bienfaits de l'activité physique sur la santé ? Inversement, quels méfaits peut provoquer la sédentarité ?
- Pour vous, comment pratiquer l'activité physique pour en avoir les bénéfices ? (fréquence, intensité, durée)
- À votre avis, quelles seraient les conséquences sur votre santé de vos habitudes actuelles ?

III. RÉTICENCES

Pour quelles raisons ne pratiquez-vous pas d'activité physique ? (toujours dans les 5 contextes)

- De quoi auriez-vous besoin pour faire plus d'activité physique chaque jour ? (aménagement dans la ville/village, encouragement/conseils de la part d'entourage et de votre médecin, motivation par un tiers, groupe/association, ...)
- Selon vous, est-il possible de changer d'habitude de vie ?
- Qu'est-ce que la santé pour vous ? À quel moment est-on en bonne santé selon vous ? Est-ce que vous vous sentez en bonne santé ?

IV. MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Quel est le rôle du médecin généraliste dans la prévention de l'activité physique ?

- Pensez-vous que des conseils, donnés par le médecin, personnalisés à vos besoins seraient efficaces ?
- Proposition outils pour le médecin généraliste : conseils écrits et oraux, livrets interactifs, applications, groupe d'éducation à la santé, ...
- Connaissez-vous des outils déjà existants ? (application, agenda...)
- Que pensez-vous d'aller voir le médecin avant d'être malade pour parler de prévention ?

V. FIN

- Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter à cet entretien ?
- Que vous a apporté cet entretien ?
- Après en avoir discuté, comment pensez-vous améliorer la pratique d'activité physique dans votre quotidien ?

ANNEXE V : Guide d'entretien, quatrième version

I. ÉTAT DES LIEUX

Quelle est la place de l'activité physique dans votre quotidien ?

- En pratiquez-vous (passé/présent) ? (loisir, jardinage/bricolage, tâches ménagères, transport, activité occupationnelle)
- Recevez-vous ou offrez-vous des conseils à votre entourage ?
- Utilisation d'applications ou d'outils numériques (podomètre...) ?
- Y pensez-vous souvent ?
- Etes-vous attentif à votre alimentation ?

Comment percevez-vous les informations sur l'activité physique ?

- Que connaissez-vous comme moyens de prévention contre la sédentarité ? (campagnes de prévention, médias, médecin) ?
- Quel est l'impact sur vous de ces moyens ? Vous sentez-vous concerné ? (culpabilisation, ordres, perte de liberté ou plutôt bénéfiques)
- Votre médecin a-t-il déjà abordé l'activité physique avec vous ? par quels moyens ?
- Comment vous informez-vous sur l'activité physique ?
- Connaissez-vous le site « Manger-Bouger » ? Y êtes-vous déjà allé ?

II. REPRÉSENTATIONS

1. Définitions

Qu'est-ce que l'activité physique pour vous ? Qu'est-ce que la sédentarité ?

- Pour vous, est-ce que sport et activité physique veulent dire la même chose ?

- Pensez-vous que l'on puisse être actif et sédentaire à la fois ?

Pour l'OMS, voici les définitions de l'activité physique : « tout mouvement corporel produit par la mise en action des muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie au-delà de la dépense de repos, dont l'intensité varie de faible à élevée », et de la sédentarité = « n'est pas l'inverse de l'AP mais une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos (assis, allongé ».

- Que pensez-vous de ces définitions ?

2. Représentations

- Quelles sont les bienfaits de l'activité physique sur la santé ? Inversement, quels méfaits peut provoquer la sédentarité ?
- Pour vous, comment pratiquer l'activité physique pour en avoir les bénéfices ? (fréquence, intensité, durée)
- A votre avis, quelles seraient les conséquences sur votre santé de vos habitudes actuelles ?

III. RÉTICENCES

Pour quelles raisons ne pratiquez-vous pas d'activité physique ? (toujours dans les 5 contextes)

- De quoi auriez-vous besoin pour faire plus d'activité physique chaque jour ? (aménagement dans la ville/village, encouragement/conseils de la part d'entourage et de votre médecin, motivation par un tiers, groupe/association, ...)
- Selon vous, est-il possible de changer d'habitude de vie ?
- Quel est l'intérêt, pour vous, de faire de l'activité physique ?

- Qu'est-ce que la santé pour vous ? à quel moment est-on en bonne santé selon vous ? est-ce que vous vous sentez en bonne santé ?

IV. MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Quel est le rôle du médecin généraliste dans la prévention de l'activité physique ?

- Pensez-vous que des conseils, donnés par le médecin, personnalisés à vos besoins seraient efficaces ?
- Proposition d'outils pour le médecin généraliste : conseils écrits et oraux, livrets interactifs, applications, groupe d'éducation à la santé, ...
- Connaissez-vous des outils déjà existants ? (application, agenda...)
- Que pensez-vous d'aller voir le médecin avant d'être malade pour parler de prévention ?

V. FIN

- Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter à cet entretien ?
- Que vous a apporté cet entretien ?
- Après en avoir discuté, comment pensez-vous améliorer la pratique d'activité physique dans votre quotidien ?

ANNEXE VI : Caractéristiques des patients interrogés

Entretien	Age	Sexe	Statut familial	Lieu de vie	Profession	AP dans l'enfance	AP chez les proches
Laure	44	F	Mariée, 2 enfants	Rural	Agent d'autoroute	oui	oui
Usain	25	M	Célibataire	Urbain	Militaire	oui	oui
Roger	37	M	Célibataire	Urbain	Ingénieur	oui	non
Novak	51	M	Marié deux enfants	Rural	Charcutier	oui	oui
Serena	40	F	Marié 2 enfants	Urbain	Institutrice	oui	non
Maria	62	F	En couple, 2 enfants	Péri-urbain	Auxiliaire de vie	oui	non
Cristiano	42	M	Marié, 2 enfants	Urbain	Autoentrepreneur	oui	non
Marie José	26	F	Divorcé, 2 enfants	Semi rural	Aide soignante	oui	oui
Zinedine	18	M	Célibataire	Rural	Lycéen	non	oui
Simone	32	F	Séparée, 1 enfant	Rural	Sans emploi	oui	oui
Suzanne	53	F	Mariée, 3 enfants	Rural	Auxiliaire de vie scolaire	oui	oui
Wendie	58	F	Divorcé, 2 enfants	Semi rural	Secrétaire	oui	oui

ANNEXE VII : extrait du tableau d'analyse

THEMES	CATEGORIES	SOUS-CATEGORIES	CODES	E1 - Laure	E2 - usain	E3 - Jeanne	E4 - roger	E5 - novak	E6 - serena	
AP et santé pour les patients										
	Définition de l'AP	<p>Pas de définition AP et effort</p> <p>Sport</p> <p>AP selon l'OMS</p> <p>AP = plaisir</p> <p>Autres</p> <p>sédentarité</p>	<p>Difficulté à trouver une définition de l'AP</p> <p>AP comme activités moyennes à intenses</p> <p>AP = se dépenser</p> <p>AP mvts en général</p> <p>AP= liée à une contrainte/obligation</p> <p>Implicite équipe</p> <p>régularité</p> <p>choix, plaisir</p> <p>compétitions</p> <p>AP = sport</p> <p>dépense plus importante</p> <p>Définition OMS logique</p> <p>Définition OMS scientifique</p> <p>Définition incomplète n'incluant pas le plaisir</p> <p>Prise de conscience de la définition de l'AP</p> <p>AP = sortir de la routine</p> <p>AP = plaisir</p> <p>AP = bien-être</p> <p>AP = la vie</p> <p>AP = rencontres</p> <p>AP = s'entretenir</p> <p>connaître son corps</p> <p>AP = indispensable</p> <p>Dépend du métier</p> <p>sédent = immobilité</p> <p>pas de sport/ pas ou peu d'AP</p> <p>marche limitée</p> <p>activités mentales</p> <p>Non connaissance du mot</p> <p>AP et sédentaire possible</p>	<p>voilà (blanc) ouais quelque chose de, euh, (Réfléchit), euh, (silence)</p> <p>Moi quand j'entends activité physique je pense à course, musculation, vélo, randonnée</p> <p>tout ce qui, tout ce qui peut nous aérer, nous faire transpirer/ s'oxygéner ou ben c'est to</p> <p>l'AP ca pe</p> <p>le sport je le verrai plutôt dans le sens de l'équipe plutôt que quelque chose d'individuel</p> <p>Quand je faisais du foot, c'était sport c'est q</p> <p>je me suis dit activité physique c'est prendre Oui, c'est pareil.</p> <p>On va se dépet Ben c'est pas la même intensité, marcher t</p> <p>Ben ce qu'ils c C'est logique oui</p> <p>Donc l'AP ça peut être marcher en fait ? (...) en fait dès que je fais une a</p> <p>Moi je pense plutôt en dehc</p> <p>je fais du sport le soir je me d D'accord donc la notion de plaisir est impo</p> <p>qui nous procure du bien-être puis c'est le (silence) c'est psychique aussi. C'est quand r</p> <p>prendre con</p> <p>En fait pour</p> <p>La sédentari</p> <p>Ben j'ai l'impression que c'est oui, le fait e</p> <p>Ah oui est c</p>						
	Recommandations	<p>Ne sait pas</p> <p>Fréquence</p>	<p>Pas de notion de reco de l'AP</p> <p>Reco : pratique >= 3/sem</p>	<p>Euh je ne sais pas/Euh je ne connais pas, je ne sais pas Oula, là je ne sais pas. (Sil</p> <p>3 fois par sem/ 5 fois par semaine / oui je dirais 6 séances en comptant un le soir effortu</p>						

Résumé-Abstract

Auteurs : Emmanuelle BARDIN, Jeanne SAVOURET-GREFF

Directrices de thèse : Docteur Odile BOURGEOIS

Lieu et date de la soutenance : Toulouse, le 2 juin 2020

Promouvoir l'activité physique en prévention primaire : les représentations des patients inactifs et sédentaires.

Objectif : Explorer les représentations des patients inactifs et sédentaires pour promouvoir l'activité physique en prévention primaire, et recueillir des idées d'outils afin d'améliorer la pratique des médecins généralistes.

Méthode : étude qualitative fondée sur treize entretiens individuels semi-dirigés, dans le département de la Haute Garonne, de l'Ariège, et des Hautes Pyrénées auprès de patients âgés de 18 à 62 ans, sédentaires et inactifs, indemnes de toutes pathologies chroniques.

Résultats : Pour la majorité des patients, l'activité physique était définie comme une activité sportive qui n'était plus intégrée dans leur quotidien. Bien que les bénéfices de l'activité physique fussent connus, le principal frein identifié était le manque de motivation. À l'issue des entretiens, il ressortait qu'une grande diversité d'outils était à la disposition du médecin généraliste, acteur légitime de la prévention primaire, pour promouvoir l'activité physique au sein d'une consultation dédiée.

Conclusion : Ce travail montre la persistance d'amalgames dans la nomenclature. Selon les patients, le médecin généraliste, par sa connaissance du patient, pourrait, à travers une consultation dédiée, utiliser les outils à sa disposition afin de favoriser l'adhésion du patient sain, inactif et sédentaire à l'activité physique.

Promoting physical activity in primary prevention: inactive and sedentary patients representation.

Objective : Explore the representation of inactive and sedentary patients to promote physical activity in primary prevention

Methods : A qualitative study based upon thirteen individual interviews, in the Haute Garonne, Ariège and Haute Pyrénées departments, of healthy, inactive and sedentary adults aged between 18 and 62 years-old.

Results : For the majority of patients, physical activity was defined as a sporting activity that was no longer integrated into their daily lives. Although the benefits of physical activity were known, the main barrier identified was lack of motivation. After the interviews, it appeared that there was a wide variety of tools available to the general practitioner, a legitimate player in primary prevention, to promote physical activity in a dedicated consultation.

Conclusion : This research work shows the persistence of amalgams in the nomenclature. According to the patients, general practitioners, through their knowledge of the patient, could, via a dedicated consultation, use the tools at their disposal to promote physical activity for healthy, inactive and sedentary patients.

Mots clés : activité physique, sédentarité, prévention primaire, médecine générale, éducation

Keywords : physical activity, sedentarity, primary prevention, general practice, general practitioner

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 Toulouse Cedex 04 - France