

**UNIVERSITÉ DE PARIS**

Faculté de Santé

**UFR de Médecine**

Année 2021-2022

N°

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 21/06/2022

Par

**Julian CHAMOISEAU**

**La prescription d'activité physique par le médecin généraliste :  
qu'en attendent les patients ? Une étude qualitative dans le cadre  
d'un programme local de sport sur ordonnance de la ville de Pantin**

Dirigée par M. le Docteur Yohan SAYNAC

JURY

M. le Professeur Jean-Pierre RIVELINE (PU-PH)	Président
M. le Docteur Yohan SAYNAC (Médecin généraliste)	Directeur
M. le Professeur Romain BASMACI (PU-PH)	Membre du jury
M. le Docteur Alexandre MALMARTEL (MCU)	Membre du jury
M. le Docteur Arthur TRON (Médecin généraliste)	Membre du jury
Mme la Docteure Ilhame NAJEM (Médecin généraliste)	Membre du jury

## **AVERTISSEMENT**

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

## Serment d'Hippocrate

---

*“Au moment d’être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.*

*J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

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

*Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

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

*Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”*

## Remerciements

---

*À ma chère et tendre moitié qui apporte, depuis son arrivée, tant de bonheur dans ma vie*

*À notre précieuse petite perle, que tu m'as offert et qui nous comble généreusement chaque jour*

*À mes parents, toujours présents derrière moi, qui m'ont soutenu et qui ont cru en moi depuis toujours*

*À mon petit frère, brillant, dont la trajectoire me comble de fierté*

*À mes collègues des cabinets ou j'ai remplacé et qui m'ont apporté un soutien efficace et décisif dans ce projet.*

*À mes collègues de Pantin qui m'ont tout d'abord accueilli, puis permis de réaliser ce travail sur leur terrain*

*À M. le Professeur Jean-Pierre RIVELINE, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, qui m'a fait l'honneur d'accepter de présider ce jury.*

*A M. le Professeur Romain BASMACI, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, qui a accepté de participer à ce jury.*

*À M. le Docteur Yohan SAYNAC, médecin généraliste et du sport, Chef de Clinique Universitaire, qui m'a encadré et guidé efficacement tout au long de ce travail.*

*À M. le Docteur Arthur TRON, Médecin généraliste, Chef de Clinique Universitaire, qui a cru en ce projet et qui en a validé la fiche thèse.*

*À M. le Docteur Alexandre MALMARTEL, Médecin Généraliste, Chef de Clinique Universitaire, qui a participé à l'amélioration de la fiche thèse avant sa validation.*

*À Mme la Docteure Ilhame NAJEM Médecin Généraliste, Chef de Clinique Universitaire, et ses collègues de la maison de santé à Pantin qui m'ont permis l'amélioration de la conception de ce travail et qui ont participé activement au recrutement.*

**Résumé :**

TITRE : La prescription de l'activité physique par les médecins généralistes. Qu'en attendent les patients ? Etude qualitative dans le cadre d'un programme local de sport sur ordonnance de la ville de Pantin. OBJECTIF : Nous avons cherché à déterminer les représentations des patients pantinois concernant la prescription d'activité physique et sa mise en pratique dans notre programme de sport sur ordonnance. METHODE : Nous avons mené une étude qualitative consistant en des entretiens semi-dirigés dont la structure a été élaborée à partir d'une bibliographie sur l'activité physique. Les entretiens ont été menés en exploitant la technique de l'entretien compréhensif. La saturation des données et la triangulation nous ont permis de proposer une réponse fidèle ancrée offrant sens à notre matériel. RESULTATS : L'activité physique est vue comme valeur transmise, source de bonne santé dans tous ses aspects. Elle se pratique dans le respect des limites et de façon encadrée. L'accessibilité au plus grand nombre dépend de facteurs pratiques (coût, offre, visibilité...). Il nous faut bien connaître le patient et déployer tous les atouts de notre programme (suivi adaptatif, promotion ciblée...) pour assurer le changement. Ils cherchent à acquérir les compétences de l'autonomie dans la pratique de l'activité physique pour leur santé. CONCLUSION : Cette étude a permis d'établir les pistes d'amélioration pour favoriser la mise en place de programme de sport-santé les plus à même de remporter leur adhésion.

**Spécialité :**

[Médecine générale](#)

**Mots clés français :**

[Aptitude physique](#)

[Prévention primaire](#)

[Prévention secondaire](#)

[Médecine préventive](#)

**Forme ou Genre :**

[MeSH : Dissertation universitaire](#)

[Rameau : Thèses et écrits académiques](#)

**Abstract :**

TITLE: The prescription of physical activity by general practitioners. What do patients expect? Qualitative study within the framework of a local sports program by order of the city of Pantin.

OBJECTIVE: We sought to determine the representations of Pantin patients concerning the prescription of physical activity and its implementation in our prescription sports program.

METHOD: We conducted a qualitative study consisting of semi-directed interviews whose structure was developed from a bibliography on physical activity. The interviews were conducted using the technique of comprehensive interview. Data saturation and triangulation allowed us to offer an anchored faithful response that offered meaning to our material.

RESULTS: Physical activity is seen as a transmitted value, a source of good health in all its aspects. It is practiced within limits and in a supervised manner. Accessibility to the greatest number depends on practical factors (cost, offer, visibility, etc.). We need to know the patient well and deploy all the advantages of our program (adaptive follow-up, targeted promotion, etc.) to ensure change. They seek to acquire the skills of autonomy in the practice of physical activity for their health. CONCLUSION: This study has made it possible to establish areas for improvement to promote the implementation of sports-health programs most likely to win their support.

**English keywords :**

[Preventative médecine](#)

[Physical Fitness](#)

[Primary disease prevention](#)

[Secondary disease prevention](#)

**Publication type :**

[MeSH : Academic Dissertation](#)

## Liste des abréviations

---

- ADEMS : Association des Educateurs Médico-Sportifs
- ALD : Affection longue durée
- AP : Activité physique
- APA : Activité physique adaptée
- APS : Activité physique et sportive
- ARS : Agence régionale de Santé
- AVC : Accident Vasculaire Cérébraux
- BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
- CAMI: Cancer Arts Martiaux Informations
- CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
- CIO : Comité Internationale Olympique
- CLIC : Centre Locaux d'Information et de Coordination
- CNIL : Commission Nationale Information et Liberté
- CNRS : Centre National de la recherche scientifique
- COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CPP : Comité de Protection des Personnes
- CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- CV : Maladies Cardio-vasculaires
- DPO : Délégué à la protection des données
- EfFORMip : Dispositif régional toulousain facilitant la PAP et la formation
- EM : Entretien Motivationnel
- ETP : Education Thérapeutique du Patient
- FDRCV : Facteurs de risques cardio-vasculaires
- FFKA : Fédération Française de Karaté et disciplines Associées
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HTA : Hyper-Tension Artérielle
- IDM : Infarctus du Myocarde
- MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie
- MET : Métabolic Equivalent Task
- MSS : Maison sport-santé
- MT : Médecin Traitant
- OMS : Organisation Mondiale de la santé
- ONAPS : Observatoire National de l'activité physique et de la Sédentarité
- PAP : Prescription d'activité physique
- PNAPS : Plan National Activité physique et sportive
- PNNS : Plan National Nutrition Santé
- PNSSBE : Plan National Sport-Santé Bien-Être
- PRSSBE : Plan Régional Sport-Santé Bien-Être
- RIPH : Recherche Impliquant la Personne Humaine
- SSO : sport sur ordonnance
- SSR : Soins de Suite et Réadaptation
- STAPS : Science et Technique des Activités Physiques et Sportives
- US : United-States ou Etats-Unis d'Amérique
- USB : Universal Serial Bus (clef de transport des donnée)

# Table des matières

---

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>3</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>7</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>9</b>
1.1 <i>Etat de l'art.....</i>	9
1.2 <i>Sur l'intérêt de ce travail .....</i>	22
1.3 <i>Question de recherche.....</i>	22
<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>23</b>
2.1 <i>Type d'étude.....</i>	23
2.2 <i>Population cible.....</i>	24
2.3 <i>Guide d'entretien semi-directif.....</i>	25
2.4 <i>Journal de bord.....</i>	26
2.5 <i>Retranscription des entretiens.....</i>	26
2.6 <i>Codage et analyse .....</i>	26
2.8 <i>Éthique.....</i>	27
<b>RESULTATS .....</b>	<b>28</b>
3.1 <i>CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON.....</i>	28
3.2 <i>Déroulement des entretiens .....</i>	31
3.3 <i>Détails des résultats.....</i>	33
3.4 <i>Synthèse des résultats : .....</i>	47
3.5 <i>Modèle théorique .....</i>	50
.....	50
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>51</b>
4.1 <i>forces de l'étude .....</i>	51
4.2 <i>Limites de l'étude.....</i>	52
4.3 <i>Cohérence avec le reste de la littérature .....</i>	53
4.5 <i>Implications pratiques .....</i>	57
4.7 <i>Perspectives envisagées .....</i>	59
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>62</b>



<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>71</b>
<i>Annexe 1 : Tableau des Phénotypes fonctionnels.....</i>	<i>71</i>
<i>Annexe 2 :Grille COREQ.....</i>	<i>73</i>
<i>Annexe 3 : Caractéristiques patient n°.....</i>	<i>77</i>
<i>Annexe 4 : Affiche pour les lieux de recrutement .....</i>	<i>78</i>
<i>Annexe 5 : Note d'information .....</i>	<i>79</i>
.....	<i>80</i>
<i>Annexe 7 : Prototype guide d'entretien semi-structuré.....</i>	<i>81</i>
<i>Annexe 8 : Version finale du Guide d'entretien semi-structuré.....</i>	<i>83</i>
<i>Annexe 9 : Déroulement des entretiens.....</i>	<i>85</i>
<i>Annexe 10 Journal de bord .....</i>	<i>86</i>
<i>Annexe 12 : Avis favorable du comité d'éthique du CNGE .....</i>	<i>88</i>
<i>Annexe 13 : Avis favorable du CERAPHP .....</i>	<i>89</i>
<i>Annexe 14 : Version finale du consentement à la voix .....</i>	<i>90</i>
.....	<i>90</i>
<i>Annexe 15 : Questionnaire de Marshall .....</i>	<i>91</i>
<b>PERMIS D'IMPRIMER.....</b>	<b>93</b>

# Introduction

---

## 1.1 Etat de l'art

### 1.1.1 Définitions

Les définitions qui suivent permettent clarifier le champ de notre étude.

**L'activité physique (AP)<sup>12, 44</sup>** : celle-ci se définit comme "tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle du métabolisme de repos".

**Le sport<sup>12, 44</sup>** est, "une des formes que prend l'AP où les participants adhèrent à un ensemble commun de règles et d'objectifs bien définis" que ce soit la recherche de performance en compétition ou le simple loisir.

La "**sport-santé**" désigne une AP "encadrée par des professionnels de santé ou des éducateurs sportifs avec pour but le maintien ou l'amélioration de l'état de santé en s'adaptant au niveau de vulnérabilité et aux besoins du publics concerné". Elle ne doit pas être confondue avec la rééducation, dispensée par des soignants pour préserver ou rétablir un état antérieur (ou en limiter les conséquences) de situations induites par une pathologie.

**L'Activité physique adaptée" (APA)** selon l'article L. 1172-1 du décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016<sup>44</sup>, désigne tout particulièrement une "AP dispensée spécifiquement par des professionnels en APA ou des professionnels de santé (kiné, ergothérapeute, ...) ciblant un public de patients fragiles peu ou pas autonomes, plus ou moins isolés et correspondant à leurs aptitudes, leurs besoins et leurs motivations". Elle s'adresse en général aux patients en ALD.

**La sédentarité<sup>12</sup>** se définit par le maintien "d'une dépense énergétique inférieure à 1,5 MET (Metabolic Equivalent Task) qui est l'unité de mesure objective de l'intensité de l'activité physique". Une MET à 1 désignant l'état de base du métabolisme de repos.

La **prescription d'activité physique (PAP)** est « *une recommandation thérapeutique, éventuellement consignée sur ordonnance, faite par le médecin* » <sup>75</sup>). C'est ce que peut théoriquement prescrire le médecin généraliste depuis la loi de modernisation du système de santé en 2016. L'appellation plus accessible au grand public de "**Sport sur Ordonnance**" (SSO)

désigne la même notion.

La prescription d'activité physique (AP), dans un objectif de santé, s'adresse à des porteurs de pathologies chroniques en ALD pour lesquels elle aura une action thérapeutique et une action de prévention des complications. Cette prescription repose sur 4 paramètres caractérisant l'AP (nature, intensité, durée et fréquence des séances) et devra être personnalisée. Des recommandations actualisées et par pathologie existent déjà, relayées par les pouvoirs publics<sup>44, 47</sup> qui ont officialisé cet acte de prescription.

Ces recommandations encadrent l'ensemble des processus visant une prise en charge globale intégrant l'évaluation, et la prise en compte simultanée :

- Du **niveau de capacité fonctionnelle** (suivant le tableau des phénotypes fonctionnels du ministère de la Santé)<sup>Annexe 1</sup>
- De la **recherche de contre-indication médicale** (FDRCV, maladies CV, pathologies articulaires...)
- Des **données anthropométriques** (taille, poids pour IMC)
- Du **dépistage de la sédentarité** (questionnaire de Marshall)
- De **l'entretien motivationnel** (EM)

La prescription effective sur le papier d'un volume d'AP (exercice, fréquence, intensité) adaptée au profil du patient suivent les recommandations de l'OMS<sup>62 63 64</sup> en matière d'AP pondérés à(aux) pathologie(s) chronique(s) dont souffre le patient. La réussite se traduit par un changement durable vers une pratique régulière suite à un travail collaboratif avec le patient qui prends en considération ses objectifs personnels.

Ainsi la prescription d'activité physique (PAP) exige du prescripteur des connaissances solides. Le parcours de soins doit être bien clairement identifié, actif et accessible. A titre d'exemple, le réseau efFORMmip propose des kinés pour la remise en mouvement<sup>12</sup>.

La détermination d'un protocole global (physique, nutritionnel, psychologique) adapté

individuellement est d'autant plus complexe que les patients atteints de maladies chroniques sont souvent comorbides et que les recommandations sont centrées pathologie.

Cette thérapeutique non médicamenteuse devient incontournable dans le traitement des maladies chroniques, causées et/ou aggravée pas la sédentarité.

### **1.1.2 Contexte en France et dans le Monde**

#### **Le taux de sédentarité en France :**

En 2008, selon l'Observatoire National de l'Activité Physique et la Sédentarité (ONAPS), 43% des adultes atteignent les recommandations de l'OMS<sup>62</sup> <sup>63</sup> en matière de niveau d'AP minimum. Chez des adultes de 18 à 74 ans résidant en France métropolitaine, seuls 53 % des femmes et 70 % des hommes atteignaient les recommandations de l'OMS<sup>62</sup> <sup>63</sup> en matière d'AP.<sup>44</sup> La sédentarité représenterait 70% du temps passé à l'état de veille<sup>12</sup>.

Les chiffres de niveau d'AP réel chez les jeunes (< 18 ans), qui malgré la pratique d'AP scolaire et extra-scolaire déclarée en moyenne chez 39% d'entre eux, ne dépassent pas objectivement 5 à 9% de leurs besoins théoriques.

Selon le rapport de Santé Publique France remis en 2017<sup>75</sup>, les maladies cardio-vasculaires (AVC, IDM.) sont, en France, la secondes causes de mortalité prématurée (avant 65 ans) juste derrière les tumeurs malignes.

#### **Les facteurs favorisants identifiés :**

Le mode de vie assis<sup>68</sup> (scolarité, transports passifs...) et l'intoxication aux écrans (3h par jour pour les 3-17 ans) sont à mettre en cause. Les enfants et les adolescents sont insuffisamment encouragés car considérés à tort comme « pas à risque »<sup>8</sup>

Au-delà de la responsabilité individuelle sur les habits, c'est tout un effet d'entraînement facilité par le fonctionnement même de nos sociétés modernes qui est à revoir<sup>56</sup>.

Il est suggéré par la littérature qu'une des sources du problème de fond est la valeur de l'effort chez les jeunes. Ceci est fortement liée à l'éducation parentale.<sup>3</sup>.

### **Les conséquences notables :**

Rien qu'en France cela coûterait 1,3 milliard d'euros<sup>47</sup> supplémentaire à la collectivité.

### **Le taux de sédentarité dans le reste du monde.**

La sédentarité concerne 31%, soit presque un tiers des adultes de plus de 15 ans<sup>62 63</sup>.

47% de adultes sédentaires en Australie <sup>59</sup>. La différence de sexe est constamment marquée chez toutes les tranches d'âge, le sexe masculin restant toujours, significativement plus actif que le sexe féminin.

### **Les facteurs favorisants identifiés :**

Qualité de l'environnement socio-culturelle (place du sport dans les valeurs, notamment pour les femmes, violence, insécurité, instabilité politique, manque d'infrastructure, précarité, pollution...). La sédentarité constitue, à elle seule, un facteur de morbidité et de mortalité au 4e rang des facteurs de risque de mortalité au niveau mondial <sup>62 63</sup>. Selon l'OMS<sup>64</sup>, les maladies cardiovasculaires occupent la première place. La sédentarité les favorise et les aggrave. Elle est pourtant évitable.

### **Les conséquences notables :**

Elle serait responsable en 2012 de 38 à 56 millions de morts et serait responsable d'un gigantesque surcoût de 764,8 millions de dollars US.

La mise en place de la lutte contre la sédentarité par l'activité physique a donc pour mission de préserver de nombreuses vies et d'investir en amont dans la prévention grâce à la promotion de la santé qui fait partie des missions de notre système de soins. Cette situation est le corollaire d'une population mondiale vieillissante s'accompagnant d'une augmentation de la durée de vie en incapacité, particulièrement dans les pays développés.1.1.3 Histoire de la PAP.

L'histoire des concepts ayant engendré la prescription de l'activité physique (PAP) est très ancienne et les mérites de celle-ci sont vantés depuis l'antiquité<sup>74</sup>. On constate que les

liens entre les "exercices du corps" et "l'état complet de bien-être physique, psychique et social" correspondent à la définition même de la Santé selon l'OMS<sup>62 63</sup>.

Dans l'antiquité, l'exercice physique est "*un facteur d'équilibre entre ce que l'on dépense et ce que l'on absorbe*" avec déjà ce concept de personnalisation (« Les Régimes » Hippocrate). Elle doit correspondre à l'individu, à la saison et doit bannir les excès reposant sur l'équilibre des 4 éléments et matérialisé par les 4 humeurs. La notion de "*juste mesure*" avec la pratique de la gymnastique et l'éviction des excès en tout afin de préserver selon la Santé fait partie, à la fois de la médecine préventive mais aussi curative (Aristote « La Politique livre V »)

Au fil des avancées scientifiques, la compréhension de la physiologie de l'AP a permis de faire émerger une "gymnastique médicale" au XIX<sup>e</sup> siècle qui avait une vocation militaire, à savoir améliorer la condition physique de l'infanterie et assurer ainsi une supériorité tactique<sup>74</sup>.

Le concept de médecine du sport n'apparaît cependant qu'au XX<sup>e</sup> siècle à la Belle Époque avec l'avènement de la biochimie et de l'histologie pour rationaliser les pratiques.

C'est depuis 1945 en France que le sport est vu sous l'angle de la santé publique avec pour but non seulement la prévention par l'hygiène sportive mais aussi la rationalisation des entraînements des athlètes et des pratiques sportives. On notera la création du certificat de non contre-indication à la pratique sportive à cette période. Dans l'optique d'assurer le rayonnement du sport français et de continuer à susciter la motivation de nouveaux pratiquants, un service médical dédié spécifiquement aux sportifs de haut niveau l'Institut National de Prévention et d'Éducation Sportive (INPES) a été créé en 1977.

L'OMS<sup>62 63</sup> a eu pour mission de promouvoir l'AP afin de pousser à l'adoption de plans nationaux de prévention par l'AP, le sport et d'autres mesures favorisant l'amélioration de la santé des populations. La lutte contre la sédentarité et l'amélioration de la condition physique des populations est devenue une priorité de santé publique. Initié depuis 1967 par les pays

nordiques (Norvège initialement avec le programme TRIM), elle s'est internationalisée. Elle est portée par des programmes nationaux incitatifs et s'appuie également sur l'influence mondiale des jeux olympiques pour motiver à l'activité.

On citera en France la série de grands plans issue de cette volonté :

- Le Plan National Nutrition Santé (PNNS)<sup>44 47</sup> au début des années 2000 ayant pour objectif affiché de transformer en cause nationale la lutte contre l'obésité et la sédentarité. L'AP est au cœur de ce plan de par sa légitimité scientifique de plus en plus reconnue<sup>47</sup>.
- A sa suite le Plan National de Prévention par le Sport (PNAPS) de 2008 n'a pourtant pas été mis en oeuvre<sup>47</sup>

Le Plan National Sport-santé Bien-Etre (PNSSBE) en 2012 permettant l'émergence des Plan Santé Régionaux Sport - Santé Bien-Etre (PRSSBE) à une échelle plus locale jugé plus pertinente pour une action efficace. En coopération entre les Agences Régionales de Santé (ARS) et les directions régionales des sports. Leur spécificité étant de vouloir attirer un public éloigné de la pratique sportive.

Notons que ces "Plans" visent à structurer, amplifier et coordonner des initiatives locales très diverses et déjà bien implantées en secteur de soins à la frontière de la rééducation<sup>12 47</sup> (SSR cardiologie, associations "Club Cœur et Santé", associations d'aide aux jeunes diabétiques) tant dans leurs bénéficiaires que dans les professionnels impliqués (kinésithérapeute, ergothérapeutes, professionnels en APA...)

Les initiatives éparées à l'échelle locale de sport sur ordonnance (SSO) à Strasbourg ou Nîmes sont hétérogènes selon l'instigateur (Fédérations sportives, associations, ville, région, ...) , le financement (État, ville, région, CPAM, ARS...), les professionnels (kinés, éducateurs sportifs, cardiologues, professionnels en APA...) ou les publics visés (ALD, grand public, sédentaires, précaires...). Des formations spécifiques sont également proposées par les fédérations sportives<sup>12</sup>.

•

Depuis 2011, l'activité physique est reconnue par la HAS comme une thérapeutique non médicamenteuse<sup>12 44 47</sup>. L'APA a été créée en 2016 pour cibler un public fragile avec un encadrement spécifique sur lequel les bénéfices de l'AP sont particulièrement prouvés<sup>47</sup>. Afin

d'aider les professionnels de santé à concrétiser ce projet d'AP, un guide de la HAS été publié en juillet 2019<sup>44</sup> pour favoriser l'application de cet outil de prévention primaire pour de nombreuses maladies chroniques<sup>12,47</sup>. Les médecins généralistes, doivent donc savoir prescrire l'AP sur le terrain sans se contenter du simple conseil oral. L'activité physique sort du domaine du loisir privée pour se transformer en "sport-médicament" prêt à enrichir le parcours de soin<sup>47</sup>.



#### **1.1.4 Bénéfices de la PAP sur la Santé**

Les bienfaits de l'AP sont l'objet d'une abondante littérature. Les bénéfices l'emportent largement sur les risques encourus quel que soit le terrain en prévention primaire, secondaire ou tertiaire des maladies chroniques ou de leurs complications. L'avis d'un professionnel de santé est cependant requis au préalable pour une pratique en toute sécurité. Ces bienfaits sont reconnus par les praticiens<sup>77</sup>. Leur condition physique est aussi améliorée avec un effet-dose. Ceux qui sont aguerris s'améliorent peu. La mortalité toute cause confondue est significativement moindre chez les actifs.

##### **En prévention primaire : avant la survenue d'évènement**

Selon l'OMS<sup>6</sup> et la dernière synthèse sur le sujet de l'INSERM en 2019<sup>15 47</sup>, le simple fait de la pratiquer régulièrement suivant les recommandations par classe d'âge (60 min ou plus d'AP intense dont l'endurance pour les enfants par exemple) diminue les risques de maladies CV (AVC, IDM...), d'hypertension et de certains cancers les plus fréquents comme les seins ou le colon. Cette condition physique maintient ou augmente les capacités fonctionnelles qui sont la clef de l'autonomie.

La condition physique (endurance cardio-respiratoire, force et masse musculaire, équilibre, amplitudes articulaires...) s'améliore en parallèle d'une minéralisation osseuse accrue (densification osseuse à la suite de sollicitation mécaniques répétées diminuant le risque d'ostéoporose). La mortalité des populations actives par rapport aux populations sédentaires est significativement diminuée toutes causes confondues grâce à l'apport de l'AP. (métabolisme optimisé, masse musculaire accrue, endurance accrue, densification osseuse, ....) Pour les adultes de 18-64 ans les bénéfices apparaissent à partir de 150 min d'activité modérés par semaine en accord avec les possibilités. Soit 30 min 5 fois par semaine minimum à intégrer dans son quotidien d'où l'utilité de favoriser des modes de transport actif. En dehors de tout frein majeur, c'est une AP d'intensité modérée à soutenue, comme chez les 18-64 ans, qui apporte des bénéfices significatifs.

### **En prévention secondaire : au stade précoce de l'évènement**

Une réduction de 40% de la mortalité globale pour certains cancers<sup>81</sup> a été observée attribuable à la diminution de la fatigue et à la meilleure tolérance des chimiothérapies et leurs effets secondaires. De son côté dans son étude pilote sur le SSO A la Réunion, il est mis en évidence une baisse de la mortalité à 3 mois grâce au programme de Sport sur Ordonnance (Meyer et al.<sup>60</sup>) La pratique d'une AP pendant les chimiothérapies pour certains cancers diminue la fatigue et augmente la tolérance au traitement<sup>47</sup> augmentant ainsi les chances de rémission.

Les bénéfices de l'AP se révèlent aussi dans les pathologies psychiatriques <sup>47</sup> tels que la dépression ou la schizophrénie bien que les données soient encore éparpillées avec une régulation "muscle-hippocampe" par la voie des myokines permettant aux muscles une action potentiellement significative sur la mémoire et sur l'humeur. (Augmentation de la sérotonine, des endorphines et stimulation de la neurogénèse hippocampique)

### **En prévention tertiaire : pour limiter les séquelles**

Les effets positifs sont également présents pour la réduction des symptômes de dépression. Le métabolisme s'affaiblit également avec une diminution du risque ou l'aggravation de diabète (diminution de l'insulinorésistance) ou de dyslipidémie. L'AP favorise la synthèse protéique et réduit le stress oxydatif.

Pour les sujets âgés, atteints plus souvent par des pathologies chroniques, hormis quelques précautions, les mêmes bénéfices, voire davantage de bienfaits, sont à attendre pour réduire le risque de sarcopénie et donc de dépendance. Suivant le principe de l'effet-dose, même chez les personnes inactives, une dose d'AP, ne serait-ce que d'intensité absolue faible, apporte des bénéfices significatifs. Les bénéfices de l'AP sont plus visibles étant donné la sédentarité plus fréquente de cette tranche d'âge. Chez eux l'AP procure une plus large autonomie fonctionnelle avec un meilleur équilibre<sup>79 81</sup> (réduction de 30% du risque de chute...) ; L'AP mais également un maintien des fonctions cognitives. L'effet sur leur qualité de vie et leur bien-être les rends moins vulnérable à la dépression qui altère, elle aussi, leurs facultés cognitives.

### 1.1.5 Des recommandations pour favoriser la PAP.

En juillet 2019 la HAS a publié un guide réactualisée<sup>46</sup> sur la prescription d'activité physique afin de la promouvoir et de la faciliter. La connaissance et la gestion des risques liés à l'AP doivent être anticipées afin d'orienter le patient de façon optimale. Les objectifs fixés doivent être réalistes et réalisables. Ce guide très complet comprend des outils pour :

- L'estimation du niveau d'activité physique du patient
- Le repérage des patients à risque
- Le score de risque cardiovasculaire
- L'appréciation du profil fonctionnelle du patient
- Les domaines d'intervention préférentiels des professionnels de l'activité physique en fonction du phénotype fonctionnel.
- Ce que doit comprendre une consultation médicale dédiée à la prescription d'AP
- L'ordonnance de prescription de l'activité physique et ce qu'elle doit contenir
- La gestion des risques de l'activité physique
- L'évaluation de la condition physique
- Le calcul du volume d'AP à prescrire en fonction du profil du patient
- Repérage des obstacles à l'AP et les conseils pour les lever.
- Choisir l'activité physique ou sportive selon le profil du patient (annuaire sportif)

En France en 2019 pour tenter de lever ces freins, une centralisation des moyens avec le projet de construction, dans tout le territoire Français de 500 Maisons de Sport-Santé (MSS) qui tardent à voir le jour<sup>76</sup>. Une visibilité physique pour pallier le manque d'infrastructure, complétée par une vitrine en ligne grâce à des sites web dédiés à l'exposition d'un catalogue d'offres nationales et locales labélisées. Des outils d'aide à l'évaluation du patient ainsi que des guides de prescription et un carnet d'adresse permettant la coordination. Des formations en ligne sont élaborées. Cette certification étant l'assurance d'une pratique en toute sécurité permettant la confiance des médecins et des patients. L'idée étant l'efficacité et l'efficience afin d'optimiser au mieux l'utilisation de la ressource en santé. Elle regrouperait les moyens sous un unique "guichet sport-santé" qui réglerait le problème de la visibilité et éviterait la confusion des initiatives à tous les étages (associations, mairie, communauté de communes, métropoles, département, région, ...)

## 1.1.6 Place du médecin traitant

### 1.1.6.1 Sa légitimité pour la PAP

Aux vues des recommandations concernant la PAP, le médecin généraliste reste au centre de la décision d'orientation du patient dans une démarche qui reste continuellement holistique, centrée patient afin de préserver ses intérêts.

Le médecin traitant a la légitimité pour parler de l'AP<sup>69,71</sup> et sert de référence avec une forte influence grâce la confiance qu'il suscite même sur l'entourage du patient<sup>66</sup>.

Nous constatons l'adhésion et l'intérêt des généralistes envers la PAP<sup>55</sup>.

De plus les patients voient la PAP comme faisant partie intégrante du rôle de prévention du médecin traitant<sup>4</sup>. Les patients sont demandeurs des conseils de leur MT dont même 68% des sédentaires (Praud et al.<sup>71</sup>). Les généralistes se sentent dans leur rôle lorsqu'ils encouragent l'AP<sup>67</sup>. Le certificat de non-contre-indication à la pratique sportive devrait être une occasion d'en parler<sup>81</sup>.

Le médecin traitant connaît les pathologies de son patient, sait faire un diagnostic éducatif, un état des lieux des freins et leviers motivationnels et probablement un bilan des capacités physiques initiales surtout si on lui donne des grilles d'évaluation. Le généraliste a toute sa place pour introduire le patient dans le processus vertueux de la mise en mouvement.

Le désintérêt apparent de certains médecins pour la PAP par la priorisation de problématique plus pressantes (décompensation aiguë de pathologie chronique, détresses sociales, connaissance des profils absolument non compliants).

### **1.1.6.2 La complexité de la tâche**

Cependant la complexité réelle du processus (Lecoq et al<sup>54</sup>) de PAP, qui nécessite une mobilisation conséquente de ressources ne serait-ce qu'en temps et avec un certain coût (absence de codage CCAM valorisant cette évaluation<sup>72</sup>), constitue à elle seule un frein. Le dépistage de la sédentarité (questionnaire de Marshall)<sup>Annexe 18</sup> et le "diagnostic motivationnel" ne constituent pas un acte anodin (60 min). Ces grilles chronophages ou les auto-évaluations sont inadaptées à la pratique courante<sup>72</sup>. Ces questionnaires peuvent être inadaptés et mal remplis de par la faible connaissance de soi et la faible capacité d'auto-évaluation de la population cible<sup>59</sup>. L'évaluation précise du niveau d'autonomie du patient dans sa pratique permettrait d'optimiser les ressources en soins<sup>57</sup>. Un profil de patient les plus susceptible à l'échec a été identifié<sup>58</sup>. Le généraliste a besoin de formation et d'assistance pour la sécurité de la pratique.

### **1.1.6.3 Les habitudes des praticiens**

Les praticiens recommandent spontanément la marche comme réflexe de bon sens et sans autres précisions (intensité, durée, nombre de séances)<sup>68,79</sup>. Les praticiens sont intéressés par le sujet<sup>65</sup>. Ils insistent sur la condition cardio-respiratoire mais les vertus du renforcement musculaire, des étirements pour l'entretien des amplitudes ou le travail de l'équilibre et de la proprioception sont souvent négligés. Ces compétences sont récapitulées dans un tableau issu de la Direction Générale de la Santé<sup>12</sup>.

### **1.1.6.4 Primum non nocere**

Suivant le principe du *Primum non Nocere*, par prudence devant un empirisme potentiellement délétère, les généralistes préfèrent se replier sur le conseil oral d'AP voire ne même pas l'aborder<sup>68</sup>. On sait pourtant que la PAP, écrite et bien réalisée, peut augmenter

significativement les chances d'augmenter le niveau d'AP<sup>45,57,84</sup>. Ils sont désireux d'un soutien concret sous forme de formation. Cette formation doit être répétée en formation continue pour préserver les acquis sur le long terme<sup>79</sup>. Des formations universitaires spécifiques<sup>12</sup> existent déjà pour combler ces carences auprès des médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou éducateurs désireux d'intervenir.

#### **1.1.6.5 Le besoin du réseau d'aval visible et actif**

Un autre besoin est celui d'un réseau d'aval (professionnels formés et structures)<sup>12 55</sup> afin de pouvoir déléguer cette tâche complexe et sans, toutefois, se contenter d'un suivi éparpillé qui les rétrograderait en spectateurs passifs. Les médecins sont demandeurs d'un service spécialisés vers lequel ils pourraient déléguer les tâches d'évaluation médico-sportive initiale non purement médicales<sup>83,67</sup>) avec des outils d'aide à la prescription selon les profils (référentiels, Vidal du sport comme le médicosport santé<sup>83</sup>) Les difficultés à accomplir la PAP sont également relevées chez les médecins du sport vers lesquels les généralistes pensaient pouvoir se reposer<sup>77</sup> ce qui donne une idée de la contrainte à surmonter. Une équipe réactive et très coordonnée doit être opérationnelle dans tous les territoires. Les professions émergentes telles que les professionnels en APA sont trop peu connues et manquent de visibilité et font croire que seuls les kinés et la rééducation existent et sont dignes de confiance pour l'encadrement. Issus des formations STAPS (Science et technique des Activités Physique et Sportives) et se structurant autour de l'ADEMS (Association des Educateurs Médico-Sportifs) ils sont indispensables car ils savent encadrer le sport, l'enseigner et l'adapter à un public fragilisé. Compétences que n'ont pas et ne revendiquent pas les éducateurs sportifs lambda orientés traditionnellement vers le grand public. Les kinés sont jugés par les patients et les médecins comme compétents pour adapter les programmes aux profils et capables de dispenser l'APA après formation (Selon les études de Palazon<sup>66</sup> et Roques<sup>76</sup>). Sans aide des pouvoirs publics, un sentiment d'impuissance et d'inefficacité se manifeste et réduit les efforts en de simple « *j'adresse où ? A qui dois-je en parler ? Suis-je en train de mettre en danger mon patient avec une pratique ? Qui me fera un retour sur les progrès du patients ? Je vais laisser tomber c'est plus sûr.* » Ces pensées règneront et les généralistes se contenteront, en attendant mieux, d'assurer leurs autres missions de soignants.

## **1.2 Sur l'intérêt de ce travail**

Durant mon internat, j'ai été sensibilisé aux enjeux de santé publique sur le bénéfices de la lutte contre la sédentarité<sup>12 44 47</sup> au moyen de l'activité physique. Cette thérapeutique non médicamenteuse (PAP) est bénéfique pour le patient et le système de santé<sup>47</sup> mais elle tarde à se généraliser<sup>53</sup>. Ainsi, travailler sur ce sujet m'est apparu utile pour l'intégrer dans ma pratique car je souhaite m'orienter vers la médecine du sport.

Mon directeur de recherche m'a orienté vers l'étude des représentations des patients concernant la PAP afin de la rendre accessible. Tout cela s'inscrit dans le cadre d'un programme de sport-santé de la ville de Pantin. Ce qu'attendent les patients est, nous l'espérons, inédit ce qui fait l'intérêt de notre travail.

## **1.3 Question de recherche**

**La prescription de l'activité physique par les médecins généralistes : qu'en attendent les patients ? Une étude qualitative dans le cadre d'un programme local de sport sur ordonnance de la ville de Pantin.**

## Matériel et Méthode

---

### 2.1 Type d'étude.

#### 2.1.1 Choix du type d'étude

Notre objectif est de comprendre et de décrire les représentations que les patients pantinois ont de la prescription d'activité physique. Nous avons donc choisi de mener une étude qualitative sous forme d'entretiens semi-dirigés par des questions ouvertes. Ce travail s'inscrit dans une approche anthropologique empirique exploratoire. L'outil principal assurant la pertinence de notre analyse est la théorisation ancrée dans les verbatims qui nous permet de commencer sans a priori.

A partir des verbatims, nous avons poussé notre analyse jusqu'à générer des hypothèses qui, tout en répondant à la question de recherche, donnent du sens à l'ensemble des idées identifiées.

Pour assurer la qualité de la réalisation nous vous renvoyons à la grille COREQ <sup>annexe 2</sup> que nous avons complété lors de l'initiation de notre travail de recherche.

#### 2.1.3 Méthode compréhensive

Notre approche des entretiens s'inspire de « La méthode compréhensive » (Kauffman<sup>52</sup>) Par l'intropathie, cette méthode vise la clarification de la représentation d'autrui que nous supposons inédite (Flora<sup>40</sup>) Cette attitude exploratoire nous paraît incontournable pour avancer vers de possibles découvertes.

Nous supposons que l'informateur a une volonté de cohérence dans son discours<sup>22</sup>. Cette cohérence parfois émaillée de contradiction est sa représentation du réel que nous voulons cerner.

Nous adopterons une attitude d'écoute active bienveillante. Cela pousse à l'ouverture et à la réflexion. Nous cherchons à nous effacer des verbatims pour parer au risque d'indigage et ainsi libérer l'expression de l'informateur. Les phases des entretiens ont été balisées et codifiées



notamment pour la gestion des silences. Une posture complexe de l'investigateur à adopter <sup>Annexe 9</sup> devra être de qualité pour bien récolter le matériel. Nous inciterons les informateurs à expliciter leur pensée quand celle-ci est pertinente pour la question de recherche.

## 2.2 Population cible

### 2.2.1 Pourquoi cette cible ?

Ce sont les profils de patients chez qui les bénéfices de l'AP sont prouvés et qui pourront être sujet à une l'indication PAP. Nous allons donc recruter des pantinoises et pantinois suivant les critères suivants :

- >18 ans
- Au moins 1 maladie chroniques dont l'AP a une efficacité démontrée (Diabète, HTA, Dyslipidémie, Obésité, BPCO...)
- Maladies cardiovasculaires (cardiopathie ischémique, AVC, artériopathie périphérique...)
- Résidant à Pantin ou consultant à Pantin (urbain, semi-urbain, rural)

A chaque inclusion nous enregistrerons les caractéristiques suivantes <sup>Annexe 3</sup>

- Sexe/âge
- Comorbidités sous ALD ou non.
- Niveau de limitation fonctionnelle
- Mode de vie (seul, en couple, en famille...)
- Niveau d'activité physique
- Niveau d'AP de base
- *Tout autre facteur pertinent pouvant influencer les réponses aux entretiens qui émergerait par la suite.*

### **2.2.2 Choix du mode de recrutement**

L'échantillonnage sera raisonné à variation maximale. Nous sommes à la recherche d'un modèle de représentation et les profils de représentation les plus diversifiés possibles nous permettront de l'élaborer le plus rapidement. Le bouche à oreille et le choix des lieux de recrutement seront à orienter pour cela. Les patients avec l'environnement le plus prometteur (patient avec IDM ayant déjà eu une prescription de réadaptation cardiaque, diabétique pratiquant une activité sportive...) enrichiront notre de panel de points de vue rendant la synthèse produite d'autant plus valide.

Les lieux de recrutement seront choisis stratégiquement afin d'accomplir échantillonnage varié soit dans les cabinets médicaux ou paramédicaux, centres de santés de la ville de Pantin, sièges d'association sportives. Une démarche proactive de l'investigateur principal et du directeur de recherche à la rencontre des patients sera effectuée. Ces lieux seront dotés d'affiches (*Annexe 4*) et d'une note d'information (*Annexe 5*) Les entretiens auront la possibilité de faire soit en présentiels dans des salles dédiées ou alors en visioconférences via le logiciel ZOOM. Les patients recrutés pour les entretiens en présentiel via ZOOM reçoivent un mail explicatif pour la prise de rendez-vous (*Annexe 6*).

### **2.3 Guide d'entretien semi-directif**

En partant de la littérature, les thèmes des entretiens semi-dirigés ont pu être identifiés. Chaque thème constitue une sous-partie de la question posée. Par la suite, nous avons élaboré les questions ouvertes permettant d'explorer ces thèmes (exemple : Que pensez-vous du manque d'activité physique ? Quel est le rôle du médecin généraliste dans la PAP selon vous ?...)

Cette approche nous a créé un prototype du guide d'entretien semi-directifs à tester (*Annexe 7*). Nous envisageons des entretiens d'une durée moyenne d'une heure offrant à l'élaboration spontanée la place pour s'exprimer.

Le guide a été modifié au fil du recueil du matériel. Les questions peu pertinentes ont été éliminées permettant la maturation du guide dans sa forme finale (*Annexe 8*)

## **2.4 Journal de bord**

Nous avons tenu un journal de bord comportant les circonstances matérielles et le ressenti des participants. Il se présente sous la forme d'un tableau daté et anonymisé. On peut le consulter en Annexe 10.

## **2.5 Retranscription des entretiens**

### **2.5.1 Outils utilisés**

Nous utilisons 2 outils afin de nous assurer de la qualité des retranscriptions. Tout d'abord l'enregistrement audio via l'« *enregistreur vocal version 3 (42,0)* »<sup>(R)</sup> quand l'entretien s'effectue en présentiel ou alors, en visioconférence ZOOM<sup>(R)</sup> il suffit d'y appliquer une fonctionnalité de ZOOM<sup>(R)</sup>. L'enregistrement est alors audio et vidéos. Pour des raisons de taille des fichiers nous restons sur le partage de fichier audios transmis par courriel aux codeurs.

### **2.5.2 Consignes de retranscription**

Elle s'est faite manuellement par l'investigateur principal sur le logiciel Word (Microsoft Office <sup>(R)</sup>). Nous avons fait une retranscription au mot près en respectant toutes les approximations du langage oral. Le patient est sollicité après retranscription pour valider la conformité de son propos.

## **2.6 Codage et analyse**

### **2.6.1 Les modes de codage : théorisation ancrée**

#### **Codage primaire**

En partant des verbatims, nous avons identifié, selon notre bon sens personnel, des idées qui sont des items de départ. La déconstruction du *verbatim*<sup>14 43 52</sup> permet de dépersonnaliser l'idée et prendre du recul. C'est une interprétation créative, intuitive et déductive des codeurs que nous sommes<sup>2</sup>. Leurs pertinences étant jugée sur le fait qu'ils

répondent ou non à la question de recherche. A ce stade, les items qui reviennent sont supposés importants mais doivent se confirmer au cours du recrutement.

### **Codage secondaire**

Les items dégagés sont ensuite hiérarchisés et confrontés pour expliciter leurs liens. Les idées centrales se sont révélées récurrentes et s'agglomèrent au cœur du modèle théorique. Les Idées les moins reprises sont marginalisées. Nous recherchons une stabilité des hiérarchies et des liens entre les items<sup>43</sup>. C'est à ce moment-là nous savons que nous sommes arrivés à saturation.

### **Codage tertiaire**

Proposer une logique sous-jacente de la hiérarchie des idées mise en évidence par la saturation est un effort d'engagement pour le codeur. C'est par un travail réflexif que nous proposons des axes transversaux autour desquelles se structureraient, selon nous, l'ensemble des idées dégagées. Comme si nous avions lu entre les lignes et dégagé les mécanismes profonds du discours collectif.

### **2.6.2 Triangulation**

J'ai effectué la triangulation sous la supervision de mon directeur de recherche à partir du codage tertiaire. L'objectif étant d'élaborer les axes de lecture transversaux offrant la meilleure lecture possible du sens matériel. Des aller-retours entre mon directeur de recherche et moi-même ont permis de confronter les axes élaborés et de sélectionner les plus pertinents.

### **2.8 Éthique**

Notre travail a obtenu l'avis favorable des commissions éthiques du **Conseil National des Généralistes Enseignants (CNGE)** (Annexe 12) et du **Comité d'Éthique pour la Recherche de l'AP-HP (CERAPHP)**. (Annexe 13)

Notre démarche d'engagement de conformité au RGPD auprès de la CNIL est enregistrée sous la référence **FR-UP-REF-20210316-DMG\_JCU**.

Les investigateurs ne déclarent aucun lien d'intérêt de nature financière.

# Résultats

## 3.1 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

### 3.1.1 Tableaux descriptifs de la population interrogée :

**Tableau 1 : Caractéristiques générales**

n°patient	n	sexe	âge (ans)	ALD	Niveau d'activité physique	Prescription PAP?	Sport en compétition	Niveau de limitation fonctionnelle	Profession
1	1	F	42	oui	peu actif	non	non	aucune	Ergonome
2	1	F	27	non	très actif	non	oui	aucune	Consultant
3	1	F	19	non	peu actif	non	non	aucune	Etudiant en médecine
4	1	M	64	oui	peu actif	non	non	aucune	Retraité, ouvrier du bâtiment
5	1	F	60	oui	peu actif	non	non	minime	Retraité - Médecin
6	1	M	48	oui	très actif	non	non	aucune	Agent Commercial
7	1	M	31	non	très actif	non	oui	aucune	Interne en médecine
8	1	M	70	oui	peu actif	non	non	modérée	Retraité - Infirmier
9	1	F	65	oui	peu actif	non	oui	modérée	Architecte
10	1	M	41	non	très actif	non	oui	aucune	Agent de service
11	1	M	29	oui	très actif	non	oui	aucune	Ingénieur
12	1	F	53	oui	très actif	non	non	aucune	Formateur
13	1	M	35	non	très actif	non	oui	aucune	Educateur sportif
14	1	F	25	oui	très actif	non	oui	aucune	Psychomotricienne
15	1	M	62	non	très actif	non	non	aucune	Réalisateur
16	1	M	43	non	très actif	non	non	aucune	Agent de propreté
17	1	F	48	oui	peu actif	non	non	minime	Gestionnaire de formation
TOTAL	17								

**Tableau 2 : Répartition des sexes(Auteur Julian CHAMOISEAU-2022)**

sexe	n	%
M	9	47% de femme
F	8	53% d'homme
Total général	17	100%

**Tableau 3 : Répartition des âges (Auteur Julian CHAMOISEAU-2022)**

moyenne d'âge	44,82	ans
médiane d'âge	43	ans

**Tableau 4 : Niveau d'activité physique** (Auteur Julian CHAMOISEAU-2022)

Niveau d'activité	Somme de n	%
très actif	8	12%
peu actif	7	41%
compétition	2	47%
Total général	17	100%

**Tableau 5 : Répartition des ALD** (Auteur Julian CHAMOISEAU-2022)

ALD	Effectif	%
oui	10	59%
non	7	41%
Total général	17	100%

**Tableau 6 : Niveau de limitation fonctionnelle** (Auteur Julian CHAMOISEAU-2022)

Limitation fonctionnelle	Somme de n	%
aucune	13	76%
minime	2	12%
modérée	2	12%
Total général	17	100%

**Tableau 7 : Expérience en compétition sportive** (Auteur Julian CHAMOISEAU-2022)

Compétition	Effectif	%
non	10	59%
oui	7	41%
Total général	17	100%

### **3.1.2 Période de recrutement**

La période de recrutement de notre étude s'est étalée de fin janvier à début septembre 2021.

### **3.1.3 Lieux de recrutement**

Nous avons recruté les patients dans différents lieux de la ville de Pantin :

- Les Centres municipaux de santé de pantin (CMS)
- Les cabinets de médecine générale de la ville de Pantin.
- Le milieu associatif (Club de Volley-Ball de Pantin)

### **3.1.4 Contexte du recrutement.**

Le recrutement a été fortement impacté par la pandémie de COVID19. Le recrutement était censé débuté en mars 2020 et les praticiens avaient, à raison, un manque de disponibilité pour recruter au durant le 1<sup>er</sup> confinement. Nous les avons relancés régulièrement jusqu'au démarrage réel du recrutement en fin janvier 2021.

## **3.2 Déroulement des entretiens**

### **3.2.2 Ressenti des investigateurs et des participants.**

#### **Pour les participants :**

A la fin de chaque enregistrement, les informateurs ont été systématiquement interrogés sur leur ressenti après les entretiens. La plupart ont été surpris de la « liberté » de réponse car ils s'attendaient à des questions fermées et dirigées dans le style qu'une consultation médicale. Cela les a déroutés et ils souhaitaient, à leur façon trouver les « bonnes réponses » à donner à l'investigateur. D'autant plus que le sujet les a beaucoup intéressés c'est pourquoi ils ont accepté l'entretien et ont tout particulièrement apprécié de pouvoir apporter leur point de vue.

**Pour les investigateurs :**

J'ai pu apprécier mes progrès dans l'exécution des entretiens au fur et à mesure du recrutement. Rencontrer des personnes différentes a été très enrichissant sur le plan humain. Cette expérience m'a permis d'affûter mes capacités d'adaptation et d'écoute de l'autre.

**3.2.3 Enregistrements audios.**

Les enregistrements audios d'une durée de 1h maximum ont été détruits après retranscription. Au total, nous avons réalisé 13h et 22 minutes d'entretien. Pour des raisons de confidentialité, conformément à notre protocole validé par les instances éthiques.

**3.2.4 La retranscription des entretiens.**

Au total, 256 pages de verbatims ont été retranscrites et étudiées. La retranscription a été la plus fidèle que possible aux phonèmes entendus lors des entretiens afin de permettre une immersion même lors de la triangulation. Pour rendre ce travail lisible, ces données brutes ne sont pas intégrées au texte final. L'intégralité des entretiens est disponible sur demande directe aux investigateurs.



## 3.3 Détails des résultats

### 3.3.1 Qu'est-ce que l'activité physique ?

**A) L'activité physique est majoritairement représentée, pour eux, par la marche (1) car il s'agit d'une mise en mouvement qui reste dans la zone de confort du sujet (2). En effet, les informateurs insistent sur le fait que l'AP c'est avant tout le respect des limites ce qui la distingue du sport (3). Pour les patients, les limites qui sont imposées par plusieurs facteurs dont le préjugé sur l'âge (4) mais aussi par la condition physique (5) ou encore les dangers des blessures dans l'absence de respect des limites (6).**

*Verbatims:*

*(1)(P5 : « j'ai toujours aimé la marche. Euh c'est agréable »)*

*(2)(P2 : « Je pense que déjà AP fait moins peur. c'est accessible. Vous me dites heu, marcher c'est heu suffisant. »)*

*(3) (P4 : « Ben il y a une différence, il y a le sport [...] ça demande beaucoup d'efforts.»)*

*(4)(P17 : "Moi j'arrive à un âge ou les chocs au niveau des genoux euh je peux plus me permettre de faire par exemple du basket")*

*(5) (P1 "on y est allées doucement et en fait elle arrivait vraiment à voir euh quels étaient mes... mes... fin comment dire, mes possibilités")*

*(6) (P4 : "c'est pour ça qu'il y a beaucoup de gens des fois qui se rendent pas compte des fois qui comme moi font des infarctus bêtes parce qu'ils ont forcé sur un truc il faut pas forcer")*

**B) L'activité physique est également une valeur transmise par l'éducation pour que la pratique devienne intégrée dans le quotidien, (1) C'est cette éducation qui se forge grâce à l'environnement et en particulier l'influence de la famille (2) mais aussi secondairement sous l'influence de l'entourage sportif est un facteur de déclenchement de l'activité physique d'après nos informateurs (3)**

*Verbatims:*

*(1)(P1 : "mon père était un... était un militaire euh qui faisait faire, qui faisait des marathons, des triatlons, des trucs comme ça, et en gros moi j'avais pas le droit de ne pas faire de sport quand j'étais jeune.")*

*(2) (P3 : "Je sais y a mon père aussi qui me pousse il y a aussi mon entourage")*

*(3)(P7 : "moi j'ai eu la chance d'avoir des amis un peu qui m'ont qui m'ont guidé mais je pense que c'est pas là pour tout le monde surtout gens qui sont un peu novice dans le sport")*

**C) L'activité physique est source de bonne santé, un excellent moyen pour créer et maintenir une bonne condition sur le long terme (1) mais aussi une thérapeutique non médicamenteuse pouvant réduire ou remplacer les médicaments (2). Dans certaines circonstances, cela peut aller jusqu'à l'obligation par nécessité en fonction de ce qu'exige son propre état de santé. (3)**

*Verbatims:*

*(1) (« P10 : moi mon objectif le sport : pour garder mon santé. ça c'est la première priorité )*

*(2) (P6 : "j'ai repris tous les jours faut que je fasse des efforts tous les jours bah je me couche sans douleur et ça m'a permis également de mettre de côté les médicaments que je prenais qui était trop forte")*

*(3) (P7 : « c'est un peu contraint, c'est à dire quelqu'un qui va avoir des problèmes de santé »)*

**D) Tous les informateurs ont cité comme facteur princeps le bien-être produit par l'activité physique (1). Une santé qu'il faut entretenir dans sa composante de « bien-être mental » car c'est un moyen d'évasion (2) mais aussi dans sa composante physique de par le plaisir procuré par l'activité (4). C'est un plaisir qui peut parfois tomber dans l'addiction comportementale (5) Ce qui le rend source de résilience et de productivité (6). L'objectif esthétique de l'activité physique est présent mais jugé très secondaire (7) car avant cela l'AP serait également un moyen de s'épanouir, développer, exprimer et renforcer sa volonté (8).**

*Verbatims:*

*(1) (P1 : « je sais que ça fait du bien, à l'esprit, au corps, tout »)*

*(2) (P5 : « si j'étais en train de me dire c'est ce qui pourrait me rendre le plus malheureux c'est de ne plus du tout pouvoir faire du sport voilà »)*

*(3) (P3 : "je cherchais maintenant c'est plus pour être bien dans mon corps plutôt")*

*(4) (P8 : "si c'est pour le plaisir moi je j'en fais donc encore une fois il faut que ça ne soit pas une contrainte")*

*(5) (P6 : "donc je peux pas passer toute une journée à la maison donc ça il est hors de question comme on dit c'est devenu un peu comme une drogue chez moi")*

*(6) (P15 : « ça moi ça me ouvre aussi des opportunités d'esprit rapport à ça me ça me ça me voilà ça me fait dégonfler un petit peu la pression vis à vis de de certaines situations professionnelles qui qui peuvent m'énerver »)*

*(7) (P15 : "ça entretient sa santé moi ça c'est vraiment l'enjeu primordial, pas du tout esthétique hein oui la santé")*

*(8) (P14 : « le sport c'est quelque chose qu'on fait de manière volontaire et consciente »)*

**E) Pour nos informateurs, l'activité physique n'est pas le sport et encore moins la recherche de performance. La plupart des informateurs n'ont pas de mal à faire la dichotomie entre les deux pratiques et rangent le sport dans la compétition (1) Ainsi il existe pour certains un flou entre les deux notions ce qui suggère une relation, non pas d'opposition, mais de continuum en intensité entre l'activité physique et le sport. (2)**

*Verbatims:*

(1) (P16 : « Je ferais une différence en disant que le sport comme par exemple le foot le rugby il y aurait peut-être une notion de compétition euh ou de challenge ») [...] dans une pratique sportive et une activité physique [...] alors que le sport ça va un peu au-delà et ça va aussi dans une notion de challenge de dépassement de soi de on est peut-être plus trop dans cette relation-là Voilà peut-être la différence que je prendrai les 2. »)

(2) P11 : « le sport donc je dirais... je dirais que c'est plus intensif que l'activité physique »

**F) L'activité physique ne doit pas être vécue comme médicalisée. Ils attendent des professionnels très compétents dans l'exécution du sport sur ordonnance. A ce sujet les informateurs mettent en avant des professionnels paramédicaux (1). Quant au médecin, sa place serait en amont dans l'orientation dès le début de la prise en charge (2). Le médecin est peu évoqué comme légitime dans l'encadrement des séances, où il semble moins à même de guider le pratiquant sur place (3). Ce qui suggérerait que le médecin doit déléguer sa place à d'autres professionnels ou se mettre en retrait pour ne pas « médicaliser » la pratique (4). Pour les patients, il est normal que le médecin généraliste ne puisse pas tout faire, puisqu'il est déjà très occupé par l'activité de soins classique car le manque de temps l'affecte ainsi que les autres professionnels de santé. (5) Ils trouvent anormal que tout repose sur le médecin généraliste. Il n'est pas censé tout faire même s'il a la légitimité de la prévention. Du point de vue des patients, il existe un manque d'effort perçu des institutions dans la valorisation et la mise en place de l'activité physique. Un sentiment d'absence de volonté politique dans la promotion de l'activité physique est évoqué sans être central (6). Tout cela crée un sentiment d'absence de volonté politique réelle dans la promotion de l'activité physique est évoqué par rapport à d'autres pays (7) et dans les médias de masse (8).**

*Verbatims:*

(1) (P2 : "Un médecin..., ça va être un kiné ou un ostéopathe qui a lui-même pratiqué ou qui pratique. Qui sait ce que c'est.")

(2) (P5 : "faire le suivi médical le suivi en amont et je pense que c'est tout à fait du rôle du médecin généraliste parce que moi je considère que le médecin généraliste a un rôle de pivot de la santé ")

- (3) (" P15 : "j'ai envie de dire bof mais c'est aussi lié au fait que moi je vais jamais chez le médecin ! Mon médecin traitant il est encore dans la ville de mes parents")
- (4) (P2 : "Un médecin..., ça va être un kiné ou un ostéopathe qui a lui-même pratiqué ou qui pratique. Qui sait ce que c'est. »)
- (5) (P4 : "oui parce qu'il va pas prendre 10 minutes sur le temps de consultation ou d'auscultation bénéfique pour lui parler du sport et cetera pour son sa pathologie parce que il y a un patient qui attend dans la salle")
- (6) (P17 : "il a 3h d'éducation sportive par semaine dans le cadre de l'éducation euh nationale moi je trouve que c'est peu quoi c'est très peu" "dans d'autres pays c'est euh des activités sportives prennent beaucoup de place dans l'après-midi dans le programme c'est à dire c'est tous les jours")
- (7) (P4 : "ne laisse pas avancer dans le bon sens comme ils font les scandinaves")
- (8) (P14 : " on ne valorise pas suffisamment certains au sport je sais pas je prends ça de l'athlétisme ou la France")

**G) Le lien social est un facteur de motivation pour l'activité physique et est activement recherché (1). Plus précisément, c'est la qualité du lien qui prime. L'individu recherche la meilleure place possible pour lui dans le groupe (2). Les informateurs expriment qu'avoir sa place dans un groupe social sportif facilite la priorisation de l'activité physique (3). Au-delà de l'effet stimulant du groupe, y définir sa place crée un sentiment d'appartenance. Les informateurs ont évoqué l'idée que l'esprit du groupe stimule le pratiquant (4). Il est attendu par les informateurs, que les autres membres du groupe soit des personnes bienveillantes avec le même état d'esprit et/ou objectif et pas forcément le même physique (5). Cette situation d'échange social facilite l'initiation de l'effort et surtout son maintien comme un contrat tacite envers les autres pour le respect d'un certain « honneur du groupe » (6).**

*Verbatims:*

- (1) (P14 : "On m'a poussé beaucoup à faire des sports d'équipe aussi parce que ça favorise la les liens entre les gens")
- (2) (P1 : « moi j'ai des copines de... vingt ans enfin des jeunes femmes qui sont très bien foutues mais qui sont super gentilles, bienveillantes et avec elles je serais très bien. »)
- (3) (P1 : « Bah alors V... pourquoi t'es pas venue la dernière fois ?" euh... bah du coup ça motive un peu quoi. C'est je pense que... les gens comptent sur vous »)
- (4) (P3 : « Après les coulisses je préfère les partager avec ceux qui sont en coulisse. Puisque a moins on est tous on partage tous le même truc »)
- (5) (P1 "j'ai des copines de... vingt ans enfin des jeunes femmes qui sont très bien foutues mais qui sont super gentilles, bienveillantes et avec elles je serais très bien.")
- (6) (P4 : "Parce que si la personne vous la voyez se désister je parle dans le groupe peut-être qu'il y aura une personne ou 2 personnes « mais non t'inquiète pas viens ça fait du bien de faire du sport ensemble »)

**H) L'activité physique est une opportunité de vie sociale où l'on s'expose. On se retrouve alors soumis à une pression sociale incitant à correspondre à des normes. Plus précisément, un aspect profond de la gêne est la honte de montrer que l'on souffre à atteindre ses objectifs. Le désir profond serait de réussir sans laisser transparaître ses difficultés. Une peur de ne pas paraître faible peut-être, sans avoir la corvée d'admettre devant autrui ses faiblesses (1). Les pratiquants sont extrêmement vulnérables aux réactions négatives des autres membres du groupe. Il faut affronter (2). Cela expose à un risque d'échappement vers une course inutile de performance et d'ego. Les patients craignent d'être entraîné à dans une course à la performance qui les mènent à l'échec. (3) C'est le symptôme d'une fragilité qu'il faut, à toutes les phases du programme, respecter sans quoi on se heurtera à de nombreux décrochages. (4) L'image négative de l'activité physique est ce qui ressort d'une culture qui « méprise » les gens physique qui s'investiraient dans le sport de part des difficulté dans les autres matières. L'isolement social est une barrière à l'activité physique à cause du manque d'opportunité (5).**

*Verbatims:*

(1) P11 : *"un peu peur du regard des autres de de la réaction si on est mauvais ou ce genre de chose." "on part vraiment du même niveau comme ça pas besoin de de pas de pas trop de la peur du regard des autres de de rater ou de mal faire ou ce genre de chose"*)

(2) (P14"*« les émotions individuelles et les confrontations de personnalité »*) *puisque on peut faire du sport avec des gens qui n'ont pas forcément la même vision que nous de la pratique"*

(3) (P12 : *"elle peut être intéressante quand ça stimule mais quand ....Ah bon.... il faut que.... il faut qu'il y ait un esprit de compétition un esprit de bah « allez on se dépasse, on se surpasse et cetera pour faire mieux pour .... mais dans un bon esprit."*)

(4) (P3 : *"j'ai pas vraiment de persévérance ça m'embête un peu mais plus sur le fait que je me dis qu'on aura besoin de moi mais c'est pas ce qui me fait le plus gros manque de confiance en moi.)*

(5) (P1 : *"et je pense que ça me demande tellement d'efforts, tellement d'énergie et après je suis tellement épuisée que je pense que j'ai besoin d'un soutien euh... j'ai besoin de quelqu'un qui me motive en fait."*)

### 3.4.2 Comment rendre accessible au plus grand nombre notre programme de sport sur ordonnance ?

A) L'activité physique à proposer, pour être effectivement réalisée doit être adaptée, c'est incontournable. (1) Ainsi, de nombreux paramètres doivent être pris en compte. Sur le plan physique il faut prendre en compte l'état de santé. (2) mais aussi à la condition physique (3) Sur le plan mental il faut autant que possible les goûts du pratiquant car c'est la liberté de choix permet l'adhésion (4) Cela permet de relever des défis adaptés comme une source de motivation. (5) mais aussi à la condition psychologique (6) mais encore aux objectifs personnels du pratiquant (7) L'activité physique doit aussi être adaptée à leur niveau d'autonomie (8). Prendre en compte le niveau d'autonomie car un programme rigide risque de ne pas convenir à tous les profils. Cela aiderait les débutants (9). Une activité physique suivant des conditions imposées serait un facteur de rejet pour les profils autonomes. Ce rejet traduisant une défiance envers toute forme d'autorité qu'il ne faudrait pas incarner dans notre programme (10).

*Verbatims:*

(1) (P14 : "si tout le monde fait la même chose alors que c'est pas adapté à chacun c'est pas idéal")

(2) (P4 "avant je marchais un peu plus vite alors maintenant je marche pas vite parce que moi j'ai beaucoup de pathologie j'ai quoi j'ai le diabète j'ai l'hypertension")

(3) (P1 "on y est allées doucement et en fait elle arrivait vraiment à voir euh qu'à 50 qu'à 40 qu'à 30 et qu'à 20 ans »)

(4) (P12 : "il y a des personnes qui aiment travailler individuellement" "Et après il y a des personnes qui savent faire du sport tout seul")

(5) (P10 : "un jour que y'a un exercice que un exercice que moi j'étais nulle les j'ai arrivez pas à faire comme les autres donc non faut que je vais essayer répéter ce truc-là fat que je trouver" "ça me renouveler la fatigue et les forces")

(6) (P7 : "ça peut un peu un peu dégoûter hein de la pratique du sport en fait moi je pense qu'il faut vraiment faire quelque chose qu'on apprécie sans forcer")

(7) (P15 : "Moi j'ai décidé d'aller faire un peu de vélo sur un coup de tête à n'importe quel moment du jour et me dire « Ah bah voilà je vais faire 1h ou 2h de vélo » j'ai voilà je fais ça sur un coup de tête")

(8) (P1 "on a pas réfléchi et on sait que c'est en général je suppose que si le programme les faits c'est que il a été pensé avec des professionnels donc ce sont des gens qui ça va quel programme quel programme faire et qui ont ciblé à peu près le public ")

(9) (P7 : "peut être des vidéos de tutoriels dans le début de l'activité sportive pour vraiment un peu guider les gens")

(10) (P8 : "Des gens qui sont censés qui évite d'être trop caporaliste on va dire qu'ils ne sont pas trop autoritaire")

**B) Sur le plan environnemental, les contraintes climatiques sont exposées et rendent variables la pratique en extérieur incertaines. Nous devons donc assurer un lieu dédiés et confortable (1). *tout comme* les contraintes géographiques de par le manque d'infrastructure rendent l'accès compliqué voire impossible (2). Les contraintes sanitaires et sécuritaires doivent aussi être prise en compte comme le contexte sanitaire et les mesures sociales de restriction pendant la crise du coronavirus réduisent l'accès aux activités. On ne peut se substituer au présentiel (3). De plus les problèmes de sécurité selon l'environnement ou les profils doivent être traités (4). Il faut aussi prendre en compte le profil professionnel (5). Dans l'idée que des travailleurs de force serait moins enclin à se dépenser durant leur temps de loisir.**

*Verbatims:*

(1) (P13 : *"et aussi sur les sports en extérieur. euh là on a perdu sur les courriers extérieur comme l'athlétisme. c'était le climat euh francilien"* )

(2) (P13 : *"les freins qu'on a pu constater c'est d'ordre .... alors pour le volley c'est d'ordre géographique et horaires"*)

(3) (P2 : *"trop de changement en fait, trop de changement en ce moment. Dans y'a un moment c'est déprimant de faire du sport juste chez soi en fait."*)

(4) (P5 : *"sortir le soir pour y aller sachant que j'habite seule en région parisienne heu ça va ça va m'angoisser je vais pas avoir envie de sortir"*)

(5) (P10 : *"il y a des pleins d'activités sports par rapport y'a les gens qui travaillent dans les bâtiments ..."*).

**C) S'assurer d'un coût raisonnable de l'activité physique. Un coût rendant inégal l'accès à la pratique est cité par les informateurs. (1) Ce frein est lié à celui de la précarité. (2) Certes le coût est un frein, mais certains informateurs avancent cette nuance qu'engager des frais pourrait être un levier utile pour concrétiser l'activité physique (3) Il faudrait donc s'assurer de la bonne perception de l'engagement des frais. Une activité accessible sans frais pourrait être vue à tort comme sans valeur et négligée.**

*Verbatims:*

(1) (P1 : *"Même quitte à payer, fin ce que ben je sais qu'il faut... qu'il faut payer, moi je gagne ma vie donc je peux participer comme tout le monde, mais je voudrais euh voilà, je voudrais avoir quelque chose d'accessible"*)

(2) (P4 *"quand il tombe sur une famille qui arrive une famille de réfugiés ou quoi quels sont leur prodiguer à part déjà les mettre dans une situation stable et cetera et réattaquer dans la maladie déjà il sait pas ou dormir il sait pas ou il mange ou il mange pas il y en a beaucoup en France"*)

(3) (P11 : *"exemple je sais que si j'ai été en salle de sport et que j'avais un abonnement que j'avais payé euh comme ou que ou que j'avais un cours à une certaine date là je sais que je suis obligé d'y aller" "c'est un investissement qu'on doit rentabiliser »"*)

**D) La nature de l'activité doit être prise en compte pour le lieu et l'intensité. Pour nos patients, le lieu doit être accessible et tenir compte de la nature de l'activité (1) La durée de l'activité physique est en fonction de son intensité (2)**

*Verbatims:*

(1) (P14 "Lieu idéal ? ça dépend de l'activité physique")

(2) (P10 : "ça dépend si c'était marcher seulement bon je peux faire 2h de temps d'un coup hein bon si c'était courir ou bien d'autre chose comme ça bah peut-être 1h-1h et demi")

**E) L'obtention de résultats visibles concrets et quantifiables constitue une réussite qui nourrit la motivation et est un aspect fort de l'activité physique qu'il nous faut mettre en avant.**

*Verbatims:*

(1) (P4 : « Non mais tu vois le résultat après moi j'ai vu le résultat tu vois comment tu maigris tu vois que tu te sens bien par rapport au diabète je l'ai vu moi ça moi dès que je me laisse aller c'est pas bon »)

*Verbatims:*

**F) Remédier au manque de visibilité de l'offre d'activité physique, des professionnels et des d'infrastructures**

*Verbatims:*

(1) (P16 : "c'est aussi la possibilité d'avoir accès aux il y a des pas en plus des piscines on a tout le monde n'a pas forcément une piscine à côté de chez lui avec des horaires d'ouverture bien adapté ")

*Verbatims:*

**G) Se donner les moyens de contre-carrer le manque de temps car le manque de temps est une barrière quasi-systématique. Ce frein est multifactoriel. D'ordre organisationnel d'une part. (1) Puis lié aux responsabilités familiales d'autre part (2) Le fait que l'AP ait une utilité pratique serait un atout majeur pour l'intégrer durablement dans le quotidien (3) La contrainte professionnelle est importante à cause de la sédentarité imposée, de la fatigue, rendant les plages horaires plus rares car il faut aussi assumer les tâches de la vie quotidienne. (4) Tout en donnant quelques pistes de résolution (5)**

*Verbatims:*

(1) (P2 : "Et quand on a un changement de rythme, on ne peut plus forcément caller ce sport et cette AP dans notre rythme.")

(2) (P12 : "le compagnon enfin le compagnon la compagne peu importe mais en tout cas le fait d'être seul par exemple si dans le cas où on prend une famille qui a des enfants effectivement ")

(3) (P1 : "marcher c'est ce qui me permet de me déplacer... je peux vraiment l'intégrer dans mon quotidien en fait)

(4) (P5 : "que je suis beaucoup trop sédentaire depuis que je suis en télétravail")

(5) (P16 "euh si on pouvait bah dans un monde idéal par exemple de de d'avoir oui des créneaux dans le temps de travail pour faire du sport comme on voit dans certaines entreprises ou à ou par exemple on peut se dégager")



**H) Promouvoir l'activité physique en vantant ses bienfaits (1) Ce qui génère de la motivation par la prise de conscience de ce qu'elle induit... (2) La promotion de l'activité physique va dans le bon sens et serait très développée dans plusieurs pays. (3) Une promotion ciblée plutôt qu'à grande échelle leur semble bien plus pertinente. (4)**

*Verbatims:*

(1) (P4 : "c'est savoir leur amener faut être un psychologue pour ça pas un père de la psychologie savoir l'inciter à venir en lui expliquant les bienfaits du sport doucement sans le brusquer")

(2) (P4 : "il faut qu'il soit plus informé il faut plus les motiver ")

(3) (P4 : "ne laisse pas avancer dans le bon sens comme ils font les scandinaves")

(4) (P3 : "Parce que c'est vraiment quelque chose je pense qu'on peut toucher les gens mais que individuellement.")

**I) La nécessité d'être guidé par des professionnels très compétents est exposée. Une idée forte qui est nous apparue centrale est la compétence relationnelle et la bienveillance des encadrants. Il n'est pas seulement attendu une forme de courtoisie ou de politesse lors des séances mais des compétences relationnelles et techniques spécifiques très abouties. (1) Trouver la bonne posture relationnelle, amicale et bienveillante, aussi éloignée de celle du « sachant » hautain que de celle du « pote » trop familier. Cette posture ne doit pas être un faux-semblant ; Elle doit être l'élégante expression d'une attitude intérieure fondamentalement juste. (2) Adopter la bonne posture relationnelle est obligatoire pour comprendre l'individu et saisir ses attentes explicitement ou seulement implicitement exprimées. Mais dans cette relation avec le patient, une implication poussée du professionnel est nécessaire. Une attitude de compréhension proactive est en effet requise pour anticiper l'expression des besoins et y répondre en sorte de maintenir actifs les facteurs de motivation pour une mise en mouvement pérenne. (3) Il sait valoriser la personne en tant qu'individu respectable pour gagner son respect et, par la suite, son adhésion au programme sur la durée. (4) Cela doit être fait de façon proactive par les encadrants (5) Dans cet objectif l'encadrant doit être solide sur le plan pédagogique et technique comme la connaissance de l'environnement si l'activité est en extérieur (6) Les pratiquants auraient besoin d'être guidés pour s'améliorer et aboutir à des résultats. (7) Un respect des limites qui est justifié par le danger de blessures. Le respect des limites justifie l'orientation adapté et un encadrement compétent. Un encadrement apparaît comme un nécessité pour les bonnes pratiques. (8) La blessure en elle-même et ses conséquences potentielles sont un frein. (9) L'encadrant doit savoir motiver et s'adapter au patient pour le motiver. (10)**

*Verbatims:*

- (1) (P10 : *"tu prends un comportement des explications aussi tout ça tu vois cette personne a gentiment gentiment gentiment gentiment faut que il sera bien consolidé moralement quand il est arrivé à bien consolider moralement"*)
- (2) (P3 *"prof le coach justement il était super sympa il parlait avec tout le monde il faisait bien attention il motivait aussi quand il y a des gens qui faisaient de bons exercices il disait « c'est bien continue » c'était assez encadré et ça c'est bien et le fait d'être en groupe"*)
- (3) (P5 *"il faut qu'il soit à l'écoute qu'il est une sorte de 6e sens et repère aussi les non-dits et selon les comportements qu'il puisse arriver à repérer la personne qui est en situation de difficulté sans qu'elle ait besoin de l'exprimer »*)
- (4) (P12 : *« c'est toujours c'est... c'est mettre en exergue qui fait pas ce qu'il faut faire façon voilà qu'on attend ou bien faire attention à comment on reprend..heu... la personne"*)
- (5) (P1 *"que quelqu'un s'intéresse [...] on est une vraie personne, on est une personne, on est, on est euh... on est quelqu'un qui voilà, c'est c'est c'est... on sait qui vous êtes, on vous identifie, on vous suit dans le temps, on s'intéresse à à qui vous êtes"*)
- (6) (P7 : *"doit être honnête sur les sur les entre guillemets les les objectifs à avoir donc une sorte vraiment pas dire à la personne ça va être facile et cetera"*)
- (7) (P7 : *"moi j'ai eu la chance d'avoir des amis un peu qui m'ont qui m'ont guidé mais je pense que c'est pas là pour tout le monde surtout gens qui sont un peu novice dans le sport"*)
- (8) (P10 : *"ça dépend des qualités de AP parce qu'il y a certains qui peuvent te faire mal, il y a certains qui... paralysé "*)
- (9) (P14 : *"un petit détail mais qui peut avoir une grande importance par exemple bah on est sur un contrat à durée déterminée et que bah on sait que la fin va arriver et que si jamais on est en en arrêt bah ça peut avoir une influence sur le fait qu'on soit reconduit ou pas"*)
- (10) (P1 *"c'était toujours très bienveillant euh voilà je pense qu'elle s'était vraiment adaptée à moi, à mes besoins etc et puis c'était la bienveillance aussi de ses mots"*)

**J) Nous augmentons l'accessibilité au plus grand nombre en limitant les abandons grâce au suivi qui est utile pour progresser (1) Un aspect intéressant du suivi qui est ressorti est le fait qu'un lien social de qualité repose aussi sur la constance des intervenants. Créer une nouvelle relation de confiance est perçu comme un effort par nos potentiels pratiquants. (2) Le suivi doit être adapté au profil psychologique et au niveau d'autonomie pour motiver le pratiquant. (3) Le suivi peut être vu comme une contrainte s'il n'est pas adapté au profil en terme de besoin d'autonomie. (4) Il peut prendre toutes les formes, sans préférence majoritaire (5) *On note que* la valeur du suivi, selon nos informateurs, c'est qu'il matérialise l'attention portée à l'expérience vécue du programme par le pratiquant. Cette posture d'ouverture a pour effet de lui faire sentir qu'il compte et qu'il doit être écouté au-delà de sa pathologie ou, par exemple, de son surpoids. (6) Par ailleurs, les soignants ont toute la légitimité pour dispenser ce suivi. Et les médecins ont toute la légitimité nécessaire pour la dispenser. (7) Enfin, l'approche multidisciplinaire est apparue indispensable pour prescrire l'activité physique (8)**

*Verbatims:*

(1) (P10 : "je préférerais le pendant de comme ça de suite je fais une erreur que je même n'était pas au courant bon. à vrai dire si on a possibilité à dehors de cours me expliquer ça fait plaisir mais si on a pas assez de temps il peut me interroger, il peut me dire fait ça comme ça")

(2) (P1 : "c'est un facteur démotivant de devoir euh refaire confiance, recréer une relation")

(3) (P16 : "j'en sais rien tout dépend peut être aussi de la personne peut être que le suivi sur certaines personnes devraient être plus régulier parce qu'on plus à risque et puis des personnes ")

(4) (P15 : "si vous imposer ça à des gens qui n'ont pas l'habitude de faire du sport ? oui c'est très bien ça va les amener en faire enfin pardon couteau non non si les gens font déjà eux même de l'activité physique, je ne vois pas l'intérêt")

(5) (P11 : "pas si on établit une bonne relation avec les enseignants ou les coachs ça peut passer par de par de la communication en dehors de en dehors de des séances")

(6) (P1 : "que quelqu'un s'intéresse "mais pourquoi elle vient pas en fait ?" "bah pourquoi elle est pas venue depuis trois semaines cette personne ?")

(7) (P4 "il faut qu'il soit des professionnels comme vous etc qui sont là parce que un seul professionnel il peut pas il faut qu'il soit aidé les médecins et cetera il faut qu'ils incitent à faire du sport...")

(8) (P1 "on a vu une psychologue, on a vu une diététicienne euh... une euh... comment, endocrino, une kiné fin, et chacun on a pu faire un bilan individuel et tout fin voilà")

### **3.4.3 Axe 3 : Quelles compétences précises correspondant à leurs besoins doit-on leur transmettre via notre programme de sport-santé ?**

**A) Tout d'abord, la capacité d'auto-organisation du temps. Le manque d'auto-organisation. Toujours nécessité d'une stimulation extrinsèque (1) Elle est liée à la capacité de priorisation des activités. Le fait de choisir, de renoncer à une activité pour l'activité physique est perçu comme un sacrifice (2) La capacité à lucide dans le choix de ses propres objectifs est une priorité à transmettre. C'est la difficulté à définir soi-même ses propres objectifs qui traduit en fait un manque d'autonomie. (3) La capacité à bien définir ses propres objectifs pour l'activité physique est un facteur de réussite.**

*Verbatims:*

(1) (P17 : "sport ici c'est pas c'est pas pour moi c'est pas moi c'est pas un domaine sportif voilà c'est j'ai je je me lève le matin je suis dans le gaz c'est pas dans mon c'est pas dans mon fonctionnement de d'être à 6h debout à 6h30 en train de faire des abdos et des choses comme ça")

(2) (P11 : "le week-end quand quand j'ai prévu autre chose de mon week-end et que du course j'ai pas le temps de caser une séance" "même même quand il y a le temps le sport sport passe toujours un peu en secondaire par rapport à d'autres activités que que je voudrais faire par exemple si je veux sortir des privilégier la sortie)

(3) (P2 : "Pourquoi on doit faire du sport ? Est-ce que je fais du sport parce que j'en ai envie ou pas ? Est-ce que je fais du sport parce que la société me dit de faire du sport ou pas ?)

(4) (P1 : « mon objectif c'est euh huit mille pas par jour donc euh y a des jours je le fais, des jours je le fais pas etc, et ça c'est un truc qui me plaît plus en fait euh finalement et que j'arrive à un peu plus tenir. »)

**B) Ensuite, la capacité à éviter le piège de l'autolimitation dans la zone de confort. (1) Elle s'explique probablement par la capacité à passer outre la souffrance physique initiale lors de la pratique. Ce ne doit plus être une punition mais un passage obligé de tous face à l'effort. Cette « égalité » face à l'effort doit être officialisée grâce aux échanges entre pratiquants. Ils nous permettent de préciser que c'est surtout le fait d'apprendre des autres que la souffrance endurée face à l'effort physique est partagée qui restaure un sentiment de légitimité d'appartenance au groupe. (2) Une explicitation de cette pensée pourrait être : « Moi aussi je souffre, mais comme les autres, je suis capable d'endurer et je n'ai pas à avoir honte » pour passer outre le jugement d'autrui. Pour aider à franchir l'obstacle, les compétences psychologiques de patience et de persévérance qu'il faut transmettre pour réussir à concrétiser l'activité physique (3) Cette compétence servant pour plusieurs**

**difficultés. La capacité à franchir la barrière psychologique de la souffrance initiale à l'effort.**

**(4) et atteindre les bénéfices retardés de l'activité physique nécessitent de la patience et une dose de persévérance. (5)**

*Verbatims:*

(1) (P11 : « Le piège de l'autonomie c'est l'autolimitation, rester dans sa zone de confort »)

(2) (P3 : "euh le sport en groupe c'est bien parce qu'il y a d'autres personnes qui font avec toi tu te sens pas seul dans l'effort physique")

(3) (P11 : "qu'est-ce qui s'est passé ? moi en mon j'essaye quand même de persévérer j'abandonne pas tout de suite c'est vraiment de parce que là je bon bah je disons que j'accepte le l'échec mais temporairement" "c'est pareil c'est moi qui j'arrive pas à faire de des exercices de gym euh bah je me dis bon bah je prends une pause et j'en referais tout à l'heure".)

(4) (P1 : "c'est quand on est pas sportif du tout, et c'est ce que je pense que je suis, le moindre effort est vraiment tout de suite euh... intense quoi")

(5) (P3 : "oui mais pas sur le moment même ça c'est plus mon caractère, sur le moment même, pour moi-même je ne ressens pas quelque chose de particulier mais c'est plus quand je répète l'activité plusieurs fois après je sens")

**C) L'autonomie psychique repose sur la capacité à élaborer les piliers de sa motivation intrinsèque (1) Le manque de motivation est un frein très présent dans les verbatims. Sur le plan de la motivation, elle doit être présente c'est un fait, mais elle doit surtout venir de l'intérieur. L'individu doit prendre, de lui-même une décision. Nous ne pouvons que le lui suggérer. (2) En effet, l'activité physique sans motivation intrinsèques est même perçue comme délétère. (3) On peut le faire par l'entretien motivationnel. Inciter à la connaissance de soi pour apprendre à « dessiner » la façon dont on veut sa propre santé. Le manque de connaissance de soi, de ses goûts et l'activité physique elle-même est un obstacle fréquent car la démarche à mener sur le long terme exige un investissement conséquent. Un effort mental préliminaire à l'effort physique proprement qui n'est pas toujours fait. (4) On peut relier ce frein à la peur de l'inconnu, de la nouveauté qui empêche de tester pour se définir. (5)**

*Verbatims :*

(1) (P5 : c'est que c'est que les gens prennent conscience eux-mêmes et qu'ils fassent eux-mêmes . alors comment leur inculquer ? je n'ai pas la solution")

(2) (P9 : "pour moi c'est moi qui me qui me l'impose" P10 : "chacun son objectif même y a y a certain moment donné par rapport où comme aujourd'hui j'ai pas laisser lier le sport mais il y a des jours où qui vient moi j'ai pas envie d'aller le sport mais il y a des jours où j'ai envie d'aller")

(3) (P14 : "c'est c'est toujours difficile de trouver la motivation, on peut l'avoir pour les 2 premiers trucs ou les 3 premiers et puis après la motivation se perd")

(4) (P12 : "pour me gérer ben mon corps quand il me dit ben stop il faut que je l'écoute. mon corps ma tête voilà je l'écoute en fait" "je peux ressentir c'est pas des de fe... être fébrile")

(5) (P3 : "proposer différents sports de nature entre guillemets différentes donc des sports collectifs des sports individuels des choses comme ça et qui ont le même but thérapeutique si je puis dire")

**D) Apprendre à gérer l'aspect nutrition est important pour certains informateurs, la nutrition serait un facteur négligé de l'activité physique. Il leur apparaît nécessaire d'être éduqué sur le contrôle du poids. (1)**

*Verbatims :*

(1) (P7 : *"moi je pense que l'alimentation et puis tout tout ce qui est autour de la pratique ça c'est vraiment un message pense pour lequel on n'est pas assez passer encadrée"*)

**E) Apprendre à choisir de façon pragmatique le lieu de pratique selon ses goûts et la nature de l'activité. Certains préfèrent où il y a du monde. (1) d'autres sont indifférents (2) et d'autres encore détestent la foule (3)**

*Verbatims :*

(1) (P3 : *"enfin si mais pas à l'extérieur ou il y a du monde. Ou alors ou il y a des gens"*)

(2) (P4 : *"ça manque pas d'endroit honnêtement "*)

(3) (P10 : *"c'est on a fait la salle comment, surtout c'est maladie aussi ça ça c'est facile aussi au niveau de contamination"*)

**F) Enfin sur le plan l'éducation il faut combler les lacune concernant la valeur de l'activité physique ainsi que son utilité pratique dans son intégration au quotidien (1) Cela aidera à ritualiser la pratique régulière voire quotidienne pour l'AP devienne une évidence dans le quotidien. Cette ritualisation du sport passe par l'éducation. (2) Il faut combler le manque de connaissance sur l'activité physique pour que chaque pratiquant sache créer et entretenir sa connaissance sur les bienfaits. (3) et surtout créer et entretenir sa connaissance sur les consignes de base pour profiter de leur potentiel et éviter les blessures. (4)**

*Verbatims :*

(1) (P14 : *"je fais depuis que je suis toute petite on m'a toujours poussé"*)

(2) (P1 : *"mon père était un... était un militaire euh qui faisait faire, qui faisait des marathons, des triathlons, des trucs comme ça, et en gros moi j'avais pas le droit de ne pas faire de sport quand j'étais jeune."*)

(3) (P7 : *"pour changer les idées" "de libérer un peu l'esprit" "pour sentir un peu mieux un peu plus heureux... »*)

(4) (P13 : *"sur les enfants on leur apprend pourquoi s'échauffer. comment s'échauffer et on les apprend, on leur apprend à avoir un protocole d'échauffement autonome" "le mot d'ordre c'est « si je commence à être essouffler si je commence à avoir un petit peu mal à gauche à droite, il vaut mieux s'arrêter"*)

## **3.4 Synthèse des résultats :**

### **3.4.1 Ce qu'est l'activité physique pour les patients :**

La marche est la forme la plus évidente que puisse prendre l'activité physique. Elle doit respecter les limites (état de santé, âge, conditions physique...) pour ne pas être délétère (risque de blessure, aggravation de comorbidité...). C'est l'opposé du sport assimilé à la recherche de performance et la compétition.

L'éducation par la famille transmet la valeur de la mise en mouvement. L'entourage proche y joue un rôle secondaire. L'activité physique devient alors prioritaire dans le vécu quotidien.

C'est une source de bonne santé (création, maintien, thérapeutique non médicamenteuse) devenant parfois obligatoire pour :

- Le physique : condition physique rendant l'effort quotidien plus confortable. Meilleure esthétique corporelle.
- Le mental : grâce au plaisir de l'activité, au bien-être et aux bienfaits cognitifs. Epanouissement par l'atteinte de ses propres objectifs.

L'AP est un prétexte de lien social. S'engager auprès de ses pairs à partager ce moment d'esprit collectif conforte l'individu dans son comportement.

L'intégration dans un groupe social ne va pas sans la peur du jugement d'autrui (peur d'être moqué, rejeté, de pas être assez bon...). Cette peur est accentuée par la mésestime de soi.

### **3.4.2 L'accès à l'activité physique est limité par :**

Un manque de visibilité de l'offre d'activité physique (vers qui s'adresser ?)

Un manque de moyen interprété comme un manque de volonté politique.

Le manque d'autonomie par la méconnaissance de soi (ses goûts, ses objectifs) et les capacités d'organisation (gestion du planning et des priorités).

Le coût des séances qui risque d'exclure les patients précaires.

L'isolement social qui entraîne un manque d'opportunité et de soutien pour les maintenir.

Le manque de structures induisant un manque de disponibilité horaire.

Le manque de temps suite aux contraintes familiale et professionnelle.

La sécurité (en fonction des lieux et des profils)

### 3.4.3 Ce que les patients attendent des encadrants :

Les compétences clefs sont relationnelles, psychologiques mais aussi pédagogiques et techniques.

Une posture parfaite est attendue (accessibilité sans familiarité).

Le suivi dispensé doit être fonction des besoins du patient et se faire avec les mêmes intervenants pour laisser la confiance s'installer.

L'encadrant doit adapter la pratique au profil du patient. Il doit valoriser le participant, le motiver, s'assurer de la sécurité de sa pratique.

Enfin l'encadrant doit aller jusqu'à rechercher et analyser les besoins non exprimés.

### 3.4.4 La place du médecin généraliste :

Le médecin généraliste est légitime pour orienter vers l'AP et prodiguer des conseils oraux.

Il est aussi perçu comme légitime pour être acteur du suivi.

Les autres professionnels de santé (kiné, ostéopathie...) mais aussi du sport (coach, Staps...) sont cependant perçus comme plus légitimes que lui pour encadrer directement les séances.

Pour les patients, ce n'est pas le rôle du médecin de superviser les séances : ils veulent éviter de se sentir « malade » pendant une pratique de loisir.

Par ailleurs le médecin est déjà occupé par ses autres missions et il doit déléguer.

### 3.4.5 L'accessibilité concrète de notre programme

Une personnalisation en fonction de l'individu (état de santé, condition physique, psychologique, sociale, objectifs propres...)

Le lieu, la durée et l'intensité de l'activité sont également fonction de la nature de l'activité choisie.

Savoir motiver les patients par des objectifs réalistes qu'il faudra exposer pour nourrir la motivation.

Un coût raisonnable et juste favorisant un engagement de l'individu.

Promotion ciblée de l'AP, de ses bienfaits et de l'offre (intervenants, structure, aides



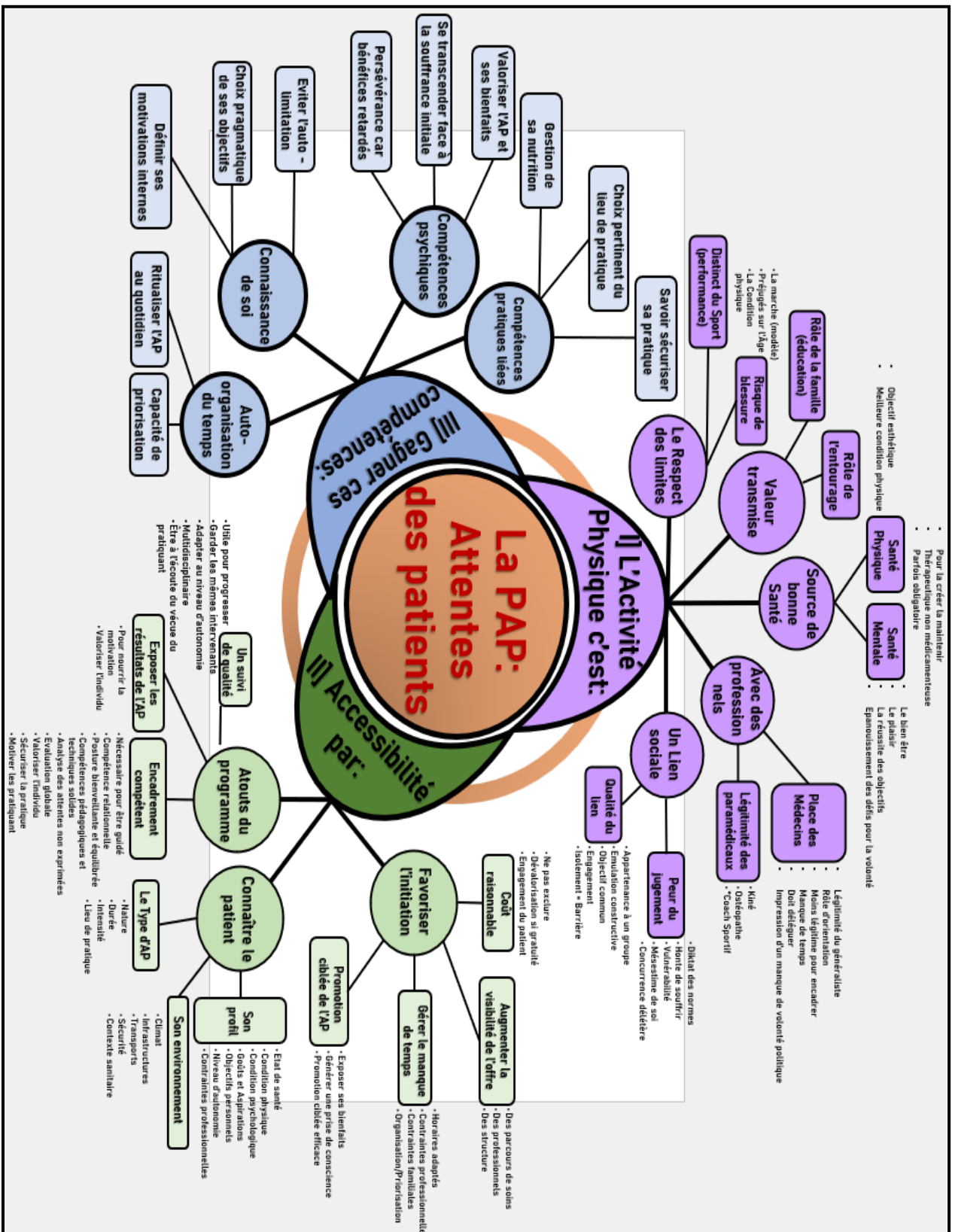
financière...)

Inciter à l'autonomie :

- Connaissance de soi (goûts, aspirations)
- Définir ses motivations propres
- Apprendre la gestion du planning et des priorités.
- Se discipliner à intégrer l'AP au quotidien
- Patience et persévérance dans l'attente des résultats.

Un suivi personnalisé pluridisciplinaire (médecin, psychologue, diététicien...)

### 3.5 Modèle théorique (Auteur Julian CHAMOISEAU-2022)



## Discussion

---

### 4.1 forces de l'étude

#### 4.1.1 Caractère exploratoire

Cette étude est innovante du fait de son caractère exploratoire permettant la création de données inédites et pertinentes pour faire évoluer concrètement sur le terrain la prise en charge des patients.

#### 4.1.2 Outils d'entretien adaptés

La méthode compréhensive, nous a permis de tirer le meilleur du discours des participants à l'étude en l'orientant vers la profondeur. Autrement dit en nous aidant à réfléchir concrètement sur le contenu du programme de sport-santé dans la perspective de donner au patient le plus de chance de réussir dans ce terrain particulier. Le guide d'entretien a été élaboré après une vision assez exhaustive de la littérature sur la prescription d'AP.

#### 4.1.3 Triangulation

La triangulation a permis de ne pas limiter les interprétations encodées à la seule subjectivité de l'investigateur principal. Cela renforce la validité des items exposés.

#### 4.1.4 : Un échantillon diversifié

Notre étude a un recrutement raisonné à variation maximale. Nous ne recherchions pas la représentativité par rapport à la population de Pantin mais la plus grande diversité d'avis possibles. La majorité des personnes interrogées correspondait à la cible de la prescription d'activité physique, à savoir que la plupart était en ALD et avait un niveau d'activité physique variable. Les sportifs compétiteurs étaient aussi représentés. Nous notons également que la parité est respectée, que population interrogée est relativement jeune et que les profils professionnels recrutés sont très divers.

#### **4.1.5 : L'atteinte de la saturation des données**

Le modèle exposé s'est stabilisé au bout du douzième entretien c'est pourquoi nous pouvons dire que nous avons atteints la saturation qui assure la qualité des résultats obtenus.

#### **4.1.6 Une retranscription fidèle à la source**

Notre retranscription est fidèle au matériel audio graphique permettant une triangulation de qualité. Les émotions ont été retranscrites et sont parvenues à tous les analystes du matériel.

### **4.2 Limites de l'étude**

#### **4.2.1 Limites liées au recrutement**

Notre recrutement variable à variation maximale qui s'est traduit en pratique par un bouche à oreille de recherche du participant le plus pertinent a fait que nous avons sans aucun doute recruté ceux qui avaient un intérêt prononcé pour le sujet. Ceci s'est fait à dessein afin d'assurer la richesse de la représentation à recueillir. Nous avons pu ainsi avancer malgré la perte de représentativité induit par ce fait. On note également que les personnes ne parlant pas le français ont été exclues.

#### **4.2.3 Limites liées au contexte de l'entretien**

L'analyse des données est orientée par la question de recherche. Une analyse plus fine des réponses est permise par les données contextuelles et comportementales recueillies par l'investigateur principal dans le journal de bord. Nous signalons que lors des entretiens en présentiel le masque et la distance diminuent la spontanéité de l'interaction. Les entretiens en visio-conférence subissent également une perte d'interaction par le biais de l'écran. Tout ceci constitue une perte de données probablement non négligeable.

#### 4.2.4 Biais de Désirabilité sociale

Les participants ont à cœur de montrer et partager leur point de vue ; cela va de pair avec une vision positive d'eux même qu'ils s'évertuent à répandre en plus des informations réellement pertinentes pour notre question de recherche. Comme dit dans le paragraphe de méthodologie la tendance à jouer les bons élèves les pousse à exposer une vision enjolivée d'eux même et à croire qu'ils seront jugés positivement par l'utilisation de tournures de phrase astucieuses ou une histoire personnelle dans laquelle ils sortent vainqueurs malgré des difficultés. Tout ceci concourt à diminuer la spontanéité du discours et la représentation réelle est dès lors plus obscure. Nous esquivons cela par la saturation des données et la technique de l'entretien compréhensif pour entrer dans les fondations de leurs représentations.

#### 4.3 Cohérence avec le reste de la littérature

La PAP tarde à se déployer massivement en routine de soins primaires. Les obstacles relevés après synthèse de la littérature sont de trois ordres :

##### **1°) Les obstacles liés au médecin :**

Ils mettent en avant leur manque de connaissance et un sentiment d'incompétence du fait des carences laissées par leur formation initiale et continue à ce sujet. Ils estiment être privés de référentiels validés adaptés aux soins primaires et connus (9 ; 16 ; 21 ; 25 ; 29 ; 30 ; 34 ; 39 ; 67 ; 68 ; 70 ; 72 ; 77 ; 80 ; 83). Ils ne savent pas précisément vers qui se tourner pour combler leurs lacunes. (5 ; 7-9 ; 16 ; 20 ; 21 ; 23-25 ; 27-30 ; 34 ; 39 ; 41 ; 48 ; 51 ; 53-56 ; 67 ; 68 ; 70 ; 71 ; 76 ; 77 ; 80).

Le faible intérêt des praticiens concernant la maîtrise de compétences facilitant l'activité physique comme l'entretien motivationnel (EM) (7 ; 16 ; 23-25 ; 27 ; 28 ; 34 ; 39 ; 44 ; 53 ; 55 ; 59 ; 65-67 ; 84) s'explique principalement par le manque d'intérêt du médecin pour le sujet (5 ; 9 ; 20 ; 29 ; 37 ; 39 ; 53 ; 56 ; 67-70 ; 79 ; 81 ; 84). Ce désintérêt est corrélé à un manque de pratique de l'AP par le médecin lui-même (5 ; 23 ; 29 ; 39 ; 48 ; 56 ; 67 ; 69 ; 81).

Cela nourrit des préjugés tels que le manque de conviction présumée du patient dans un contexte d'échec répétés dans la relation thérapeutique (7 ; 20 ; 37 ; 51 ; 56 ; 68 ; 77 ; 84) ou encore la croyance erronée en l'inutilité voire à la dangerosité de l'AP pour les pathologies psychiatriques, coronaires ou cancéreuses. (37-39 ; 65 ; 72 ; 80). Ils pensent qu'une absence de frais engagés favoriserait une déresponsabilisation des patients (61 ; 69 ; 77) se manifestant par de

l'absentéisme sans aucun respect des ressources engagées. D'autres préjugés existent comme ce réflexe défensif défiance envers les professionnels de l'AP par peur de perdre potentiellement la main sur les prises en charge de patients chroniques. (23 ; 25 ; 30 ; 48 ; 56 ; 68 ; 77).

Il est également relevé le préjugé du manque de légitimité du praticien par sentiment d'intrusion dans la vie privée s'inscrivant potentiellement dans une dérive de surmédicalisation (16 ; 39 ; 48 ; 68 ; 71 ; 77)

Les praticiens se pensent désarmés pour l'AP car ils manquent de temps en consultation (9 ; 16 ; 17 ; 20 ; 23 – 25 ; 27 ; 28 ; 30 ; 38 ; 39 ; 42 ; 53 ; 70 – 72 ; 79 ; 80 ; 83 ; 84) et qu'ils n'ont, généralement pas de visibilité sur le réseau d'aval qui sont ces professionnels ces structures ressources où orienter leur patient. (7 ; 8 ; 9 ; 17 ; 21 ; 23 ; 25 – 29 ; 34 ; 35 ; 37 ; 39 ; 48 ; 54 – 56 ; 65 ; 67 – 70 ; 77 ; 81 ; 83).

Enfin les praticien évoquent l'absence de tarification incitative pour une consultation dédiée longue (9 ; 10 ; 16 ; 18 ; 21 ; 23 ; 25 ; 28 ; 30 ; 39 ; 49 ; 55 ; 65 ; 68 ; 70 ; 72 ; 77 ; 79)

## **2°) Les obstacles liés au patient :**

Les obstacle à l'AP d'ordre psychologique relevés dans la littérature que sont des difficultés voire impossibilité à gérer l'échec(7 ; 55 ; 68), un déficit de confiance en soi (8 ; 10 ; 13 ; 35 ; 51 ; 53 ; 61 ; 68 ; 73 ; 81) , un manque de motivation (7 ; 9 ; 10 ; 13 ; 16 ; 18 ; 20 ; 25 ; 26 ; 31 ; 34 ; 36 ; 37 ; 39 ; 44 ; 48 ; 49 ; 51 ; 54 – 56 ; 59 ; 61 ; 68 ; 69 ; 73 ; 76 ; 77 ; 80 – 84) , une mauvaise image du corps (handicap ou surpoids)(44 ; 48 ; 49 ; 53) Tout cela est favorisé par une histoire de vie contenant une mauvaise expérience vécue du sport(7 ; 24 ; 44 ; 49 ; 51 ; 53 ; 68) mais aussi par la peur de la douleur, des accidents, du jugement d'autrui (1 ; 10 ; 20 ; 21 ; 25 ; 42 ; 44 ; 49 ; 51 ; 53 – 55 ; 68 ; 70 - 72 ; 81). Le terrain de certaines addictions (tabacs, alcool, écrans...)(13 ; 20 ; 53 ; 83) et les failles dans d'éducation précoce à l'AP (16 ; 18 ; 25 ; 31 ; 51 ; 53 ; 55 ; 68 ; 70 ; 69 ; 83) aggrave la pratique.

Les préjugés des patients retrouvés sont la confusion en AP (santé) et sport (performance)(21 ; 38 ; 55 ; 68), la Croyance erronée sur les dangers de l'AP (7 ; 10 ; 16 ; 13 ; 20 ; 51 ; 68 ; 70) , la croyance que l'âge à lui seul est un obstacle (3 ; 17 ; 25 ; 36 ; 53 ; 68 ; 81), la Culpabilité du sentiment d'assistantat si gratuité des soins.(16 ; 72) et le Statut du malade voyant le médicament comme solution de facilité (20 ; 25 ; 28 ; 51 ; 56 ; 67 ; 68 ; 80 ; 83). Il est aussi noté une crainte de dérive vers une surmédicalisation d'une activité de la vie privée (16 ; 77)

Les contraintes pratiques sont citées comme le coût de l'AP (24 ; 30 ; 35 ; 39 ; 44 ; 49 ; 51 ; 55 ; 65 ; 66 ; 68 ; 69 ; 80 ; 82 ; 83) , lié à la Précarité (9 ; 18 ; 25 ; 28 ; 30 ; 39 ; 55 ; 68 ; 79 ; 82), le manque de temps (3 ; 7 ; 9 ; 17 ; 23 ; 24 ; 26 ; 30 ; 31 ; 38 ; 42 ; 44 ; 48 ; 55 ; 56 ; 71 ; 72 ; 82 – 84) et aussi un état de santé trop fragilisé (7 ; 24 – 26 ; 37 ;

44 ; 49 ; 53 – 55 ; 68 ; 70 ; 82)

Différentes composantes de l'autonomie sont évoquées comme une méconnaissance de ses capacités pour définir objectifs irréalistes (13 ; 48 ; 50 ; 73 ; 81) le fait d'être affecté par l'isolement social avec une qualité insuffisante de l'entourage (3 ; 13 ; 19 ; 21 ; 23 ; 25 ; 26 ; 35 ; 37 ; 44 ; 49 ; 51 ; 55 ; 73), le fait de pratiquer sous la pression sociale (pour faire plaisir à autrui)<sup>(3 ; 13 ; 66 ; 68)</sup> ou encore d'être démunie face à un manque de suivi. (16 ; 25 ; 26 ; 28 ; 30 ; 39 ; 61 ; 69 ; 72 ; 81)

### **3°) Les obstacles liés à l'environnement :**

Les patients et les soignants déplorent l'absence d'infrastructures adaptées ou certifiées ou leur éloignement prohibitif (10 ; 19 ; 21 ; 25 ; 27 ; 30 ; 37 ; 39 ; 42 ; 44 ; 49 ; 55 ; 68 ; 72 ; 76 ; 81 ; 82) mais aussi le manque de choix dans les activités possibles (21 ; 25 ; 29 ; 30 ; 56 ; 81) ce qui ne permet pas de respecter leurs goûts. La valeur de l'AP est variable d'une société à l'autre selon les profils culturels (1 ; 39 ; 51 ; 54 ; 59 ; 72 ; 73) Il est perçu un manque de campagne de sensibilisation grand public (25 ; 27 ; 28 ; 30 ; 39 ; 56 ; 59 ; 79 ; 83) Il est noté que les conflits locaux (manque de coordination) entre institutions (Etat, région, ville, ARS, CPAM, fédérations sportives, associations, hôpitaux...) (21 ; 23 ; 83) évoque l'absence de financement clair. (18 ; 19 ; 21 ; 25 ; 27 ; 28 ; 30 ; 39 ; 49 ; 54 ; 79) ce qui brouillent le message auprès des populations cible qui ne savent plus à qui s'adresser pour l'AP.

#### **4°) Apport de notre étude :**

Ce travail met en relief le point de vue des patients sur la prescription d'activité physique et ce qu'elle devrait proposer dans son exécution concrète pour être mieux acceptée. Les mêmes freins à l'acceptation de la PAP ont été retrouvés dans la littérature et sur notre terrain de recherche. Ils correspondent, en miroir, à ceux évoqués par les prescripteurs. Les solutions concrètes, pragmatiques, applicables que les patients envisagent pour améliorer les programmes sont enfin évoquées.

Ils insistent pour que l'on se centre sur leur vécu de l'effort et pas seulement sur leur statut de malades à guérir.

Ils affirment qu'ils viennent chercher une place, une légitimité lors de la mise en mouvement. Une attitude connotée d'indifférence, bien que loin de la malveillance, suffit à les détourner de la pratique.

Nous devons nous mettre dans une position d'accueil et de guidance adaptative qui soit fonction de leur niveau d'autonomie.

Ils attendent les moyens en personnels et en infrastructures qui rendraient la pratique plus facilement accessible.

Ils expriment le besoin d'être encore plus imprégnés par les valeurs de l'activité physique pour que sa pratique ait du sens pour eux et pour leur entourage.

Ils souhaitent acquérir ces compétences liées à l'autonomie qui leur permettraient de se connaître, de se définir des objectifs et d'élaborer un plan d'action pour les concrétiser.



## 4.5 Implications pratiques

### 4.5.1 Les améliorations possibles de notre programme de sport-santé local

#### a. Au niveau organisationnel :

Il nous faut acquérir un lieu dédié et équipé dont nous contrôlons le planning afin de proposer de meilleurs créneaux (salles de formation et espace sportif). La possibilité d'exercer en plein air et en intérieur est un idéal. Nous penserons à mettre en retrait du dispositif le médecin (Médecin généraliste, médecin du sport, cardiologue, pneumologue, rhumatologues...) Soit au niveau de l'orientation soit au niveau du suivi ou les 2 pour ne pas médicaliser des séances d'activité qui ont une connotation plus ludiques que médicale.

Les équipes composées seront pluridisciplinaires pour la qualité de notre programme doit être montée (kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien, psychologue, coach en gestion de planning, coach en APA, IDE en pratique avancée...) Leurs compétences seront nécessaires au bilan d'entrée dans le programme et à toutes les phases du suivi. Un détail important est qu'il nous faut nous assurer de fidéliser nos professionnels afin de maintenir la stabilité de l'équipe d'encadrement. Le turn-over des intervenants sera évité en assurant un travail de qualité qui fera sens et rendra nos professionnels enthousiastes. Cette stabilité donnera confiance aux participants au programme pour l'alliance thérapeutique sur le long terme.

#### b. Au niveau du contenu des séances

Le programme proposer devra contenir des cours de gestion de planning et de gestion des priorités afin de maximiser son impact. Nous proposons aussi d'introduire des cours de nutrition afin de renforcer les bénéfices de l'AP. Pour l'attractivité du dispositif, plusieurs activités devront être proposées, qui correspondront à ce que les patients s'attendent à pratiquer (marche, aquagym...) et/ou qui les surprendront (jardinage, curling...) pour laisser l'espace à l'exploration des goûts. Lors de la composition des groupes, nous respecterons la création de groupe de niveau non seulement en fonction de la condition physique et de l'état

de santé mais aussi d'un objectif réalisable commun. Lors du déroulé des séances, nous devons nous assurer de transmettre au sein des groupes de sport Santé des valeurs communes. Notre ambition est de proposer un programme qui puisse, au besoin, intégrer non seulement l'individu mais aussi toute sa famille et/ou son entourage proche pour l'y entraîner. Il nous apparaît indispensable de rendre obligatoire l'entretien motivationnel en début de programme pour établir avec le participant les raisons profondes qu'il a de se remettre à bouger. Le plus dur sera d'aider le participant à se concevoir sur le long terme.

Les compétences de nos encadrants appliqueront un suivi psychologique systématique afin d'inciter les participants à se définir et à sortir raisonnablement et durablement de leur zone de confort. Ils se confrontent à leurs limites pour vaincre la peur du jugement d'autrui et le manque d'estime d'eux même. Une attitude de résilience dans l'attente des premiers résultats et de patience face aux situations d'échec doit être enseignée. Enfin nous souhaitons apporter aux patients une information complète et de qualité et ciblée sur les dispositifs nationaux afin qu'ils sachent à qui s'adresser favorisera la mise en mouvement.

### **c. Au niveau des compétences à déployer par notre équipe**

Nos encadrants seront prioritairement capables de s'intéresser au vécu et au ressenti chaque participant pour qu'il prenne conscience de sa valeur. Ils sauront demander à chaque participant à quel rythme il voudrait être suivi tout en orientant vers les propositions efficaces. Leur compétence relationnelle devra être parfaite en adoptant la distance qui ne provoque pas de réactions de rejet (proximité amicale qui décrédibiliserait car de mauvaise foi pour le participant (vs) attitude du sachant qui infantilise le participant). Ainsi notre encadrant doit adopter un entre-deux variable en fonction du besoin relationnel d'encadrement de chaque participant. Nous faisons confiance à la sagacité, au bon sens des professionnels de santé. Il est également attendu de l'encadrant qu'il donne l'exemple pendant les séances et s'assure de la présence effective des conditions favorables à lien social de qualité. Il doit endosser toute ses responsabilités et contrer toute initiative n'allant pas dans ce sens (compétition d'égo...) car il en a la légitimité. Il doit inciter, conformément aux valeurs sportives vers à des comportements des respect, d'altruisme et d'humanité et laisser de côté la compétition. Il ne faut pas craindre d'exiger un engagement financier à hauteur des revenus du participants car cela permet de ne pas diminuer la valeur perçue du service que nous mettons en place.

Quitte à mettre en place, par exemple, un remboursement intégral ou significatif conditionné au respect de l'observance d'un bon comportement.

Nos équipes réaliseront une promotion ciblée de l'activité physique en élaborant un contenu qui fait sens pour chaque individu.

Nous ferons respecter les consignes sanitaires pour assurer la sécurité des participants et des équipes d'encadrement.

## **4.7 Perspectives envisagées**

### **4.7.1 Vers une PAP généralisée**

Pourquoi se limiter aux patients en ALD ? Les médecins se demandaient pourquoi la PAP serait limitée aux patients porteurs de maladies chroniques (Ryckembusch<sup>77</sup>) alors qu'elle pourrait faire partie des outils de prévention globale comme la vaccination en population générale. Devra-t-on également faire la chasse aux patients inactifs ? Il faudrait voir l'AP comme la porte d'entrée de la mise en mouvement, le pied à l'étrier vers une pratique sportive autonome dénuée de tout sentiment d'assistanat (Reinert-Giraud<sup>72</sup>). Le Sport Sur Ordonnance (SSO) dans toute la France serait profitable aux intéressés d'une part et au système de santé beaucoup moins sollicité d'autre part. C'est une boucle de rétroaction vertueuse gagnant-gagnant. La pratique du sport sans soutien seule ou en groupe ou en Club serait l'aboutissement de la thérapie non médicamenteuse. Le patient accéderait à une qualité de vie dictée par ses propres choix d'activité avec une liberté d'accomplissement dans ses performances. Ainsi naît un nouvel état d'équilibre avec la responsabilisation de sa gestion de l'AP nourrie par les résultats acquis et le plaisir d'une nouvelle aisance fonctionnelle avec un risque de rechute vers la sédentarité qu'on espère modeste. La maîtrise des facteurs motivationnels permettant au patient de reprendre le pouvoir sur sa capacité de mouvement. A l'échelle nationale, c'est un changement de paradigme qui devrait s'opérer afin cesser de négliger la prévention. Connaissant, d'autre part, l'influence et la légitimité du médecin auprès de sa patientèle, ne serait-il pas plus judicieux d'inciter à l'AP les praticiens eux-mêmes ?

La motivation à l'AP et son maintien seraient favorisés par la qualité du support social (Anderson et al.<sup>3, 4</sup>). Cet environnement facilite le comportement d'auto-organisation nécessaire à l'occurrence du sentiment d'auto-efficacité. Les objectifs physiques culturels jouent également. Il faut augmenter les comportements d'auto-régulation et d'autodéfinition des objectifs. Il faut porter au pinacle la valeur de l'effort et favoriser les sports d'équipe de haute intensité pour forger la jeunesse dans le droit chemin du mouvement.

On accepte déjà que la solidarité nationale s'applique pour les soins. Devra-t-on accepter de payer collectivement pour le bien-être de concitoyens ?

Est-ce une dérive de notre société ? Pour en arriver à devoir *prescrire* l'AP ? Il faudrait l'intégrer l'AP dans les transports et au travail en réorganisant complètement notre vision culturelle de la vie professionnelle et de la vie en général.

Doit-on intégrer, , la thérapie cognitive dans la formation des généralistes pour assurer un maintien du mode de vie actif sur le long terme. (Nymberg<sup>61</sup>)

#### **4.7.2 Quelle(s) direction(s) à donner aux études ultérieures ?**

Il serait intéressant que compléter ce travail exploratoire par une étude quantitative traitant de notre question des représentations des patients sur l'activité physique (AP) et de sa prescription (PAP). Pour bénéficier d'une puissance statistique suffisante, il faudra élargir la population cible (soit à toute l'Ile-de-France, soit à la France entière).

Exemple : L'ajout au programme d'un volet de nutrition ou de gestion de planning permet-il une augmentation significative de la pratique de l'activité physique ? La comparaison de cohortes avec un groupe témoin et une durée de suivi adaptée pourrait répondre de façon adéquate à cette question.

Les retombées potentielles de ces travaux permettront d'élaborer des recommandations. Il y serait précisé les modalités d'application d'un programme de Sport-Santé les plus à même de remporter l'adhésion des patients. Ceci constitue un atout pour une diffusion plus large qu'actuellement de la prescription d'activité physique.

## Conclusion

---

Ce travail visait à connaître les attentes des patients vis-à-vis d'un programme de remise à l'activité physique.

Ce travail a pu mettre en évidence que les patients étaient très favorables à un programme de sport-santé poussant à la pratique de l'activité physique. Ils ont fait savoir qu'ils étaient très exigeants vis-à-vis d'un contenu qui devait être adapté et correspondre à leurs besoins. Les équipes d'encadrants doivent être stables pour inspirer confiance. Elles doivent aussi être capables d'insuffler au patient cette volonté de continuer sur le long terme ce réflexe salvateur de mouvement.

Les patients cherchent également à acquérir des compétences qui renforcent leur autonomie (gestion du temps, nutrition, auto-organisation, motivation...).

Les professionnels de terrain doivent avoir une posture parfaite en sorte de répondre à toutes ces exigences.

## Bibliographie

---

1. Aceti M, Knobé S, Grimminger E. Précautions empiriques et consensus épistémologique dans la comparaison européenne : à propos d'une enquête qualitative sur la santé et les activités physiques dans des quartiers pauvres. 2016
2. Anadón M, Guillemette F. La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive? 2007
3. Anderson CB, Hughes SO, Fuemmeler BF. Parent-child attitude congruence on type and intensity of physical activity: Testing multiple mediators of sedentary behavior in older children. *Health Psychology*. 2009
4. Anderson ES, Wojcik JR, Winett RA, Williams DM. Social-cognitive determinants of physical activity: The influence of social support, self-efficacy, outcome expectations, and self-regulation among participants in a church-based health promotion study. *Health Psychology*. 2006
5. Anger F. Enquête sur le niveau d'activité physique des médecins généralistes de Normandie occidentale et son influence sur la promotion d'activité physique auprès des patients [Thèse d'exercice]. France: Université de Caen Normandie 2019.
6. Armstrong T, World Health Organization. A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health Geneva, Switzerland: World Health Organization 2007.
7. Aufrère P. Prescription des activités physiques chez les patients diabétiques de type 2: quelles sont les habitudes et les difficultés des médecins généralistes et endocrinologues libéraux de la Haute-Vienne ? [Thèse d'exercice]. France: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie 2014.
8. Ballay N. Etat des lieux de la prescription de l'activité physique par les médecins généralistes dans le Maine-et-Loire [Thèse d'exercice]. France: Université d'Angers; 2014.
9. Barthel E. Enquête auprès des médecins généralistes vosgiens au sujet de la prescription d'activité physique [Thèse d'exercice]. France: Université de Lorraine 2017.
10. Becu E. Vécu des patients obèses concernant l'activité physique adaptée [Thèse d'exercice]. France: Université de Montpellier. Faculté de médecine 2018.

11. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ* 2017
12. Bigard X. et al. Direction générale de la Santé (DGS). Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Quelles compétences pour quels patients? Quelles formations? Rapport 2016.
13. Blackstock FC, ZuWallack R, Nici L, Lareau SC. Why Don't Our Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Listen to Us? The Enigma of Nonadherence. *Ann Am Thorac Soc.* mars 2016
14. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. 2006
15. Boiche J. et al. INSERM Activité Physique : Prévention et traitement des maladies chroniques. Expertise collective, synthèse et recommandations. 2019.
16. Bourriquen L. Attentes et intentions des patients suivis pour une maladie chronique devant la prescription d'activité physique par un médecin généraliste: étude qualitative auprès de patients en Ille et Vilaine, et Morbihan [Thèse d'exercice]. France: Université Bretagne Loire; 2019.
17. Bouteillé C. Activités physiques et pathologies cardiovasculaires: de la prévention à la réadaptation [Thèse d'exercice]. France: Aix-Marseille Université; 2019.
18. Bressiant E. Du potentiel de la réhabilitation à l'effort chez le patient diabétique de type 2 dans le contexte innovateur de prescription d'activité physique adaptée dans les affections de longues durée. Lyon, France 2017.
19. Cancio Pastor H. Mesure de l'impact à un an de la prescription d'activité physique sur la morbi-mortalité de patients atteints de pathologies chroniques inscrits dans le dispositif « sport sur ordonnance » de Blagnac entre novembre 2013 et novembre 2016 [Thèse d'exercice]. France: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil 2017.
20. Chapuis E, Gremeaux V. Barrières à la prescription de l'activité physique chez les patients coronariens par les médecins généralistes et influence sur les patients. France; 2017.
21. Charles M, Larras B, Bigot J, Praznocy C. L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR PRESCRIPTION EN FRANCE : ÉTAT DES LIEUX EN 2019.
22. Charmillot M, Dayer C. Démarche compréhensive et méthodes qualitatives : clarifications épistémologiques. 2007



23. Chevallier E, Bultez J. Ressenti des médecins traitants de Rhône-Alpes concernant la prescription d'activité physique adaptée chez leurs patients [Thèse d'exercice]. 2016-2019, France: Université Grenoble Alpes 2017.
24. Chimier S. Evaluation de l'observance d'une prescription d'activité physique encadrée chez des militaires, sur la base aérienne de Villacoublay [Thèse d'exercice]. Lyon, France: Université Claude Bernard 2019.
25. Colin A. Prescription d'activité physique chez les personnes âgées fragiles de plus de 75 ans: étude de pratique auprès des médecins généralistes d'Indre et Loire [Thèse d'exercice]. France: Université de Tours. UFR de médecine; 2017.
26. Cooke AB, Pace R, Chan D, Rosenberg E, Dasgupta K, Daskalopoulou SS. A qualitative evaluation of a physician-delivered pedometer-based step count prescription strategy with insight from participants and treating physicians. *Diabetes Res Clin Pract.* Mai 2018.
27. Cotta A. Représentation des médecins généralistes à propos de la prescription d'activité physique en prévention tertiaire du cancer du sein: une étude qualitative dans la région niçoise [Thèse d'exercice]. France: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2015.
28. Cournet J. La prescription d'activité physique chez les maîtres de stage de médecine générale d'Aquitaine: qu'en est-il dans la réalité ? [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux 2017.
29. Crichen C. Etat des lieux des pratiques et opinions en matière de promotion et prescription de l'activité physique au sujet âgé en soins primaires: enquête auprès de médecins généralistes en Ille-et-Vilaine et Morbihan [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire 2018.
30. Curbach J, Apfelbacher C, Knoll A, Herrmann S, Szagun B, Loss J. Physicians' perspectives on implementing the prevention scheme « Physical Activity on Prescription »: Results of a survey in Bavaria. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw.* 2018
31. Daulier F. Freins à la pratique d'activité physique régulière chez les patients à risque cardiovasculaire au cours de l'étude activité physique en soins primaires: Analyse du questionnaire patient à 1 mois et 3 mois [Thèse d'exercice]. France: UPEC. Faculté de médecine 2013.

32. Dauzat A. Comment évaluer la prescription structurée d'activité physique ? L'exemple du patient à risque cardio-vasculaire: une revue opportuniste de la littérature [Thèse d'exercice]. Lille ; 2017, France]; Université du droit et de la santé; 2014.
33. De Gialdino IV. L'interprétation dans la recherche qualitative : problèmes et exigences. 2012
34. Decrette V. Prescription d'activité physique adaptée en médecine générale élaboration d'un guide de parcours de soins favorisant la prise en charge du diabétique de type II [Thèse d'exercice]. France: Université de Rouen Normandie 2017.
35. Didaux A, Vincent L. Étude prospective de la qualité de vie d'un programme de sport santé dans la région de Carpentras [Thèse d'exercice] : Aix-Marseille Université. Faculté de médecine 2018.
36. Dorange A. Evaluation qualitative de la prescription de l'activité physique régulière en soins primaires aux patients présentant au moins un facteur de risque cardio-vasculaire [Thèse d'exercice]. France: UPEC. Faculté de médecine 2013.
37. Fabry Chabanne S. Patients à haut risque cardiovasculaire et activité physique: étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients habitant la métropole Nice Côte d'Azur [Thèse d'exercice]. France: Université de Lorraine; 2017.
38. Faure A. Prescription de l'activité physique chez les adultes en surpoids: analyse des freins en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie 2011.
39. Fellague Chebra A. Médecine générale et activité physique: quels sont les besoins à la prescription ? [Thèse d'exercice]. France: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016.
40. Flora L. Le patient formateur dans le système de santé : méthodologie de recherche dans le cadre d'une thèse en sciences de l'éducation. 2013
41. Fowles JR, O'Brien MW, Solmundson K, Oh PI, Shields CA. Exercise is Medicine Canada physical activity counselling and exercise prescription training improves counselling, prescription, and referral practices among physicians across Canada. *Appl Physiol Nutr Metab.* Mai 2018
42. Gaillard A. Le médecin généraliste prescripteur d'activités physiques: un exemple de partenariat de terrain dans le Lot [Thèse d'exercice]. France: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil 2015.

43. Gendron S, Richard L. La modélisation systémique en analyse qualitative : un potentiel de pensée innovante. 2015.
44. Grondin É. Motivations et barrières à la pratique d'une activité physique prescrite au sein d'un programme Sport sur Ordonnance chez le patient diabétique de type 2 [Thèse d'exercice]: Université de Bordeaux 2018.
45. Hamlin MJ, Yule E, Elliot CA, Stoner L, Kathiravel Y. Long-term effectiveness of the New Zealand Green Prescription primary health care exercise initiative. *Public Health*. Nov 2016
46. HAS. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. France: HAS 2019
47. INSERM Expertise collective. Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques. Inserm - La science pour la santé. 2019
48. Jacques C. La prescription d'activité physique par les médecins généralistes: étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. Lyon, France: Université Claude Bernard 2017.
49. Jandin Garry H, Gallet E. Opinions du patient sur la promotion et la prescription de l'activité physique réalisées par le médecin généraliste. France; 2018.
50. Jones F, Harris P, Waller H, Coggins A. Adherence to an exercise prescription scheme: The role of expectations, self-efficacy, stage of change and psychological well-being. *British Journal of Health Psychology*. 2005
51. Jouanjean M. Vécu des patients participant au dispositif « bougez sur ordonnance »: facteurs influençant leur adhésion et leur observance [Thèse d'exercice]. France: Université de Montpellier. Faculté de médecine 2018
52. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif - 4e éd. Armand Colin 2016
53. Lacroix J. Evaluation du bon usage de la prescription de l'activité physique en médecine générale, dans l'ancienne région du Languedoc-Roussillon, chez les patients ayant une hypertension artérielle et description des éventuels facteurs limitants [Thèse d'exercice]. France: Université de Montpellier. Faculté de médecine 2018.
54. Lecoq T. Conseil et prescription de l'activité physique aux patients en ALD: une étude qualitative portant sur 12 médecins généralistes de la région havraise [Thèse d'exercice]. France: Université de Rouen Normandie 2019.

55. Lesage C. Facteurs de résistance à la prescription d'activité physique sur ordonnance: enquête auprès des médecins généralistes d'Indre-et-Loire [Thèse d'exercice]. France: Université de Tours. UFR de médecine 2016.
56. Lubin R. Représentations de l'activité physique et de sa prescription chez les médecins généralistes du Maine-et-Loire: étude qualitative par entretiens individuels [Thèse d'exercice]. France: Université d'Angers 2015.
57. Lundqvist S, Börjesson M, Larsson MEH, Hagberg L, Cider Å. Physical Activity on Prescription (PAP), in patients with metabolic risk factors. A 6-month follow-up study in primary health care. 2017.
58. Lundqvist S, Börjesson M, Larsson MEH, Cider Å, Hagberg L. Which patients benefit from physical activity on prescription (PAP)? A prospective observational analysis of factors that predict increased physical activity. BMC Public Health. 2 mai 2019.
59. Maiorana A, Ntoumanis N. Physical Activity in Patients with Cardiovascular Disease: Challenges in Measurement and Motivation. Heart Lung Circ. Oct 2017.
60. Meyer B. Evaluation du dispositif « Sport Sur Ordonnance » de Saint-Paul: comparaison de données morphologiques liées à la mortalité entre l'inclusion et après trois mois de pratique chez les bénéficiaires de 2014 à 2017 [Thèse d'exercice]. France: Université de la Réunion 2019.
61. Nymberg P, Ekvall Hansson E, Stenman E, Calling S, Sundquist K, Sundquist J, et al. Pilot study on increased adherence to physical activity on prescription (PAP) through mindfulness: study protocol. Trials. 17 oct 2018
62. OMS. La sédentarité: un problème de santé publique mondial. 2008
63. OMS Organisation mondiale de la santé. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Genève: OMS 2010.
64. OMS. The top 10 causes of death 2018
65. Padou T, Fidry J. Identifier chez les médecins généralistes les représentations et les perspectives d'élaboration d'un outil de liaison portant sur la prescription de l'activité physique chez les patients en situation d'obésité [Thèse d'exercice]. France: Université de Montpellier. Faculté de médecine 2019.
66. Palazon--Beaupré C. Appropriation de la prescription médicale d'activité physique adaptée par le patient diabétique. Lyon, France 2019.

67. Persson G, Brorsson A, Ekvall Hansson E, Troein M, Strandberg EL. Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner's perspective - a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2013
68. Perwez T. Prescription de l'activité physique en médecine générale: point de vue des médecins généralistes en Picardie [Thèse d'exercice]. France: Université de Picardie Jules Verne 2018.
69. Pitarch J. Déterminants de la prescription d'activité physique: étude qualitative auprès des 21 médecins de l'expérience Sport-Santé sur ordonnance menée à Biarritz en 2015 [Thèse d'exercice]. France: Université de Poitiers 2016.
70. Porte P-O. Prescription d'activité physique par les médecins généralistes chez les patients atteints de cancer: quels sont les freins en Occitanie ? Thèse d'exercice. France: Université de Montpellier. Faculté de médecine 2019.
71. Praud J-N. Conseils du médecin généraliste sur l'activité physique: attentes des patients [Thèse d'exercice]. France: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016.
72. Reinert-Giraud C. Comment résoudre les difficultés de prescription de l'activité physique sur ordonnance ? : étude qualitative auprès de neuf médecins chambériens de l'expérimentation « Bouger sur prescription » [Thèse d'exercice]. Lyon, France: Université Claude Bernard 2014.
73. Rhodes RE, Fiala B. Building motivation and sustainability into the prescription and recommendations for physical activity and exercise therapy: The evidence. *Physiotherapy Theory and Practice.* 2009.
74. Rieu M. La santé par le sport : une longue histoire médicale. *La revue pour l'histoire du CNRS.* 2010.
75. RIVIERE D. Le concept de prescription de l'activité physique. 2018
76. Roque P, Duzou F. Etat des lieux de la pratique de l'activité physique sur prescription, dispensée par les masseurs-kinésithérapeutes en France. France 2019.
77. Ryckembusch A. La prescription d'activité physique adaptée pour les patients en Affection Longue Durée: qu'en pensent les médecins généralistes ? [Thèse d'exercice]. France: Université d'Angers 2018.
78. Santé Publique France. Principales causes de décès et de morbidité. Chapitre 5 de l'Etat de Santé de la population en France. Rapport 2017.

79. Schwitzer M. Prescription de l'activité physique et formation initiale des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. France: Université de Lorraine 2018.
80. Scoatariu-Thiébaud N. Activité Physique sur ordonnance: à propos d'une enquête auprès de patients, tout venant, consultant leur médecin généraliste en Lorraine [Thèse d'exercice]. France: Université de Lorraine 2016.
81. Soulas D. Activité physique adaptée et cancer: représentation des patients [Thèse d'exercice]. France 2019.
82. Thémé M-H. Perception de l'activité physique, et de l'activité physique prescrite par un médecin généraliste, au sein d'un échantillon de militaires de la Base navale de Brest [Thèse d'exercice]. France: Université de Bretagne occidentale 2018.
83. Tissot F. Prescription d'activité physique à Villeurbanne: proposition d'un dispositif par la ville après recueil des besoins des médecins libéraux villeurbannais [Thèse d'exercice]. Lyon, France: Université Claude Bernard 2018.
84. Toupoint P. Freins à la pratique d'activité physique régulière chez les patients à risque cardiovasculaire: Etude activité physique en soins primaires (APSP) [Thèse d'exercice]. UPEC. Faculté de médecine 2013.

## Annexes

**Annexe 1 : Tableau des Phénotypes fonctionnels tiré du Guide permettant la mise en œuvre du dispositif concernant la dispensation de l'activité physique adaptée – Auteur Bigard et al. 2017**

<b>TABLEAU DES PHENOTYPES FONCTIONNELS</b>					
<b>Fonctions</b>		<b>Aucune limitation</b>	<b>Limitation minimale</b>	<b>Limitation modérée</b>	<b>Limitation sévère</b>
<b>Fonctions locomotrices</b>	Fonction musculaire	Normale	Altération minimale de la motricité et du tonus	Altération de la motricité et du tonus lors de mouvements simples	Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Fonction ostéo articulaire	Normale	Altération au max de 3/5 d'amplitude, sur une ou plusieurs articulations sans altération des mouvements complexes	Altération à plus de 3/5 d'amplitude sur plusieurs articulations avec altération de mouvements simples	Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Endurance à l'effort	Pas ou peu de fatigue	Fatigue rapide après une activité physique intense	Fatigue rapide après une activité physique modérée	Fatigue invalidante dès le moindre mouvement
	Force	Force normale	Baisse de force, mais peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires	Ne peut vaincre la résistance pour un groupe musculaire	Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires
Marche	Distance théorique normale couverte en 6mn = 218+(5,14 x taille en cm) – (5,32 x âge en années) – (1,80 x poids en kg) + (51,31 x sexe), avec sexe=0 pour les femmes, sexe=1 pour les hommes.	Valeurs comprises entre la distance théorique et la limite inférieure de la normale (82% de la distance théorique)	Valeurs inférieures à la limite inférieure de la normale	Distance parcourue inférieure à 150 m.	

Fonctions cérébrales		Fonctions sensorielles + douleur		
Fonctions cognitives	Bonne stratégie, vitesse normale, bon résultat	Bonne stratégie, lenteur, adaptation possible, bon résultat	Mauvaise stratégie de base, adaptation, résultat satisfaisant ou inversement bonne stratégie de base qui n'aboutit pas	Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec
Fonctions langagières	Aucune altération de la compréhension ou de l'expression	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en groupe	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en individuel	Empêche toute compréhension ou expression
Anxiété/Dépression	Ne présente aucun critère d'anxiété et/ou de dépression	Arrive à gérer les manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Se laisse déborder par certaines manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression
Capacité visuelle	Vision des petits détails à proche ou longue distance	Vision perturbant la lecture et l'écriture mais dans l'environnement non perturbée	Vision ne permettant pas la lecture et l'écriture / circulation possible dans un environnement non familier	Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familier
Capacité sensitive	Stimulations sensibles perçues et localisées	Stimulations sensibles perçues mais mal localisées	Stimulations sensibles perçues mais non localisées	Stimulations sensibles non perçues, non localisées.
Capacité auditive	Pas de perte auditive.	La personne fait répéter.	Surdité moyenne. La personne comprend si l'interlocuteur élève la voix	Surdité profonde
Capacités proprioceptives	Equilibre respecté	Déséquilibre avec rééquilibrages rapides	Déséquilibres compensés avec rééquilibrages difficiles	Déséquilibres sans rééquilibrage Chutes fréquentes lors des activités au quotidien
Douleur	Absence de douleur en dehors d'activités physiques intenses	Douleur à l'activité physique/ Indolence à l'arrêt de l'activité	Douleur à l'activité physique et qui se poursuit à distance de l'activité	Douleur constante avec ou sans activité



**Annexe 2 : Grille COREQ tirée de Laboratoire ER3S (Atelier SHERPAS), Unité de recherche pluridisciplinaire Sport Santé, Société – Université d'Artois, France -2015)**

**Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion**

**Caractéristiques personnelles**

1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?

**Relations avec les participants**

6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>

- 1.** Investigateur(s) : M.CHAMOISEAU Julian (interne médecine générale) et Dr
- 2.** Directeur de thèse : Dr SAYNAC Yohan (Chef de Clinique Université Paris 13)
- 3.** Activité en cours :
  - M.CHAMOISEAU Julian : interne de médecine générale effectuant des remplacements.
  - Dr SAYNAC Yohan : médecin généraliste et médecin du sport au sein d'une CPTS de la ville de Pantin.
- 4.** Les chercheurs sont de sexe masculin.
- 5.** Expérience des chercheurs :
  - Dr SAYNAC : MCU, Chef de clinique à Paris 13, médecin du sport. Aguerri à la production et l'encadrement de travaux de recherche.
  - M.CHAMOISEAU Julian : A fini l'internat du DES de médecine générale et fait des remplacements.
- 6.** Relation de la patientèle avec les participants :
  - Pour M.CHAMOISEAU : pas de lien avec la patientèle avant l'étude.
  - Pour Dr SAYNAC : Les patients peuvent faire partie de sa patientèle du Dr SAYNAC.
- 7.** Les participants ne me connaissent (obligation de se présenter)
- 8.** Mes caractéristiques :
  - Interne de médecine générale.
  - Projet de médecine du sport en parallèle d'une activité de médecin générale classique.

- Sujet de thèse dans mon optique de carrière.
- Objectif de valoriser ce travail par une publication.

Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?

### 9. Orientation méthodologique de la thèse :

- **théorie ancrée** par un **recueil** systématique sans a priori afin de dégager des hypothèses à partir de notre recueil de données.
- **Codage ouvert** centré sur la question de recherche.
- Journal de bord afin de rendre des éléments qu'on aurait pas anticipé afin d'éclairer nos résultats.

### 10. Méthodes de contact :

- Contact direct sur le terrain (cabinet, milieu associatif, centre de santé)
- Affiche/lettre déposée en cabinet afin d'expliquer l'objet de la recherche.

### 11. Taille de l'échantillon :

- Selon des études similaires 10 à 12 entretiens minimum afin d'obtenir la saturation des données.

### 12. Non participation : sans objet ?

- Raisons évoquées à demander (manque de temps, changement d'avis...) et à noter dans le journal de bord.

### 13. Recueil de données : monocentrique au sein de plusieurs maisons de santé de la ville de Pantin.

### 14. Personnes non-participantes : sans objet.

### 15. Description de l'échantillon : caractéristiques à noter (à minima)

- poids/taille/IMC
- sexe/âge/statut marital
- nombre d'enfant(s)
- FDRCV et Maladie CV

- niveau d'activité physique
- catégorie socio-professionnelle
- localisation géographique (urbain, semi-rural, rural)
- Accessibilité des infrastructures sportives ?
- Sur le plan psychologique :
  - Qualité de vie actuelle ?
  - Niveau de dépression/anxiété ?
  - Niveau de confiance en soi ?
- *tout autre facteur pouvant influencer les réponses aux entretiens*

**16. Guide d'entretien à élaborer en amont par les chercheurs.**

- guide composé de question ouverte avec des items pertinents retrouvé dans la littérature.
- 6-8 items maximums.
- Adaptation/amélioration en continue du guide tout les 2 ou 3 entretiens
- Consignation des changement et argumentation précisée au sein d'un journal de bord.

**17. A priori répétition des entretiens prévu.**

- Intérêt ? Pour s'assurer de la bonne retranscription.

**18. Recueil des données :**

- Enregistrement audio pour le recueil des entretiens.
- Retranscription par la suite manuel sur WORD<sup>(R)</sup>
- Double ou triple codage par interne ET directeur de thèse en simultanée ET/OU autre interne en cours de recherche sur la même thématique.

**19. Cahier de note : Journal de bord.**

- pour noter des biais inattendus, événements non anticipé pouvant influencer les réponses (grève...)
- réactions des participants, comportement non verbal.
- Alimenter notre discussion, prendre du recul pour l'interprétation des données brutes.

**20. Durée des entretiens :**

- 1h me semblent appropriés.
- Au delà risque de manque de temps

21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

- trop de contraintes organisationnelles pour le patient interrogé.

**21. NSN : a déterminer a priori**

- À discuter pour atteindre la saturation des données.
- Une projection entre 10 à 12 entretiens selon des études similaires.
- *Quand la lecture des entretiens commence à ne plus rien nous apporter de nouveau.*

**22. Transcription retourné au patient pour correction :**

- Utile pour s'assurer que nos données s'approche au maximum du réel.
- Risque de biais de rappel, ou surcroit d'investissement dans ce travail facilement refusé par le patient

**23. Double codage des données recueillies:**

- M.CHAMOISEAU Interne (thésard)
- Dr SAYNAC (directeur de thèse)
- NB : codage effectué sans délais après chaque entretien.

### Domaine 3 : Analyse et résultats

#### Analyse des données

24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

**24.** Nous fournirons une description de l'arbre de codage (cf grille de codage)

**25.** Items se dégagant de la littérature (6-8 maximum) servant à recentrer l'entretien en cas de digression. Objectif prioritaire de laisser le champs libre à l'expression de nouvelles idées inattendu pouvant enrichir notre vision du sujet. C'est la valeur ajoutée à ce travail.

**26.** Logiciel(s) utilisé pour la gestion des données : codage manuel sur WORD

**27.** Intérêt de laisser les participants s'exprimer sur le retour :

- S'assurer que les données recueillies correspondent à la réalité.
- Avoir un retour le programme de sport-santé qu'ils participent à concevoir.
- A mettre dans les résultats et les forces de l'étude dans notre discussion.

**28.** Utiliser des citations indispensables :

- VERBATIM = matière première du codage
- Identification pour une plus grande précision. apprécier sa hiérarchie dans les souhaits des patients.

**29.** Cohérence des données (validité externe) :

- A discuter après recrutement et recueil des données.
- Il faut d'abord des résultats.
- Nous les comparerons avec ce que nous avons tiré de la littérature.

**30.** 31 et 32. les thèmes principaux sont une liste à étayer avec la bibliographie, les thèmes secondaires, se dégageront.

**Annexe 3 : Caractéristiques patient (Auteur Julian CHAMOISEAU-2022)**

<b>Âge</b>	
<b>Sexe</b>	
<b>Profession</b>	
<b>Patient en ALD ?</b>	
<b>Niveau de limitation fonctionnelle</b>	
<b>Niveau d'activité physique de base</b>	
<b>Déjà eu une prescription de sport ?</b>	
<b>Sport en compétition ?</b>	
<b>Autre caractéristique</b>	



## NOTE D'INFORMATION

Madame, monsieur, de la ville de Pantin,

Monsieur Julian CHAMOISEAU vous propose de participer à une étude concernant « la prescription de sport par le médecin généraliste » dans le cadre de sa thèse de médecine générale qui sera soutenue à la faculté de médecine d'Université de Paris. Cette note d'information a pour objectif de vous présenter les modalités de mise en œuvre de l'étude (art. L.1122-1 du code de la santé publique).

Lisez attentivement cette notice. Posez toutes les questions qui vous sembleront utiles. Après avoir obtenu les réponses satisfaisantes à vos questions et disposé d'un délai de réflexion suffisant, vous pourrez alors décider si vous voulez participer à cette étude ou non.

Si vous décidez d'y participer, vous serez invité à signer au préalable un formulaire de non-opposition anonymisé. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer.

Intitulé de la structure : Département de médecine générale d'Université de Paris  
Site COCHIN - 24 rue du Faubourg Saint-Jacques 75014 Paris. Bureau 2012 - 2ème étage  
Site BICHAT: 16 rue Henri Huchard 75890 Paris Cedex 18. 2e étage ascenseurs B  
Tél : 01 41 41 23 58 ou 01 44 41 23 63 - Fax : 01 57 27 74 51

Objectif principal de l'étude : Nous cherchons à améliorer la prescription de sport en la rendant plus adaptée à vos besoins. Pour cela nous avons besoin de votre avis.

Déroulement de l'étude : En pratique cela consistera en un entretien en présentiel ou en visioconférence d'une heure maximum afin de discuter calmement de la problématique. Ce n'est pas un test de connaissance mais une discussion pour réfléchir ensemble au sujet.

Bénéfice pour les patients : Un programme local de Sport-Santé sera mis en place dans votre localité et vous pourrez en bénéficier en ayant la satisfaction d'avoir participé, à votre niveau, à son élaboration.

Risque pour les patients : Il n'y a aucune prise de risque lors de l'interview. Pas de traitement administré ou de protocole contraignant. Cela prendra la forme d'une simple discussion que nous souhaitons enrichissante.

Participation volontaire : votre participation à cette étude est entièrement volontaire et libre. Il n'y a aucun caractère obligatoire. Vous pouvez retirer votre participation à la recherche à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Destinataire des données : Dans le cadre de l'étude, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement strictement confidentiel afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront pseudonymisées dès le formulaire de non-opposition et leur identification codée. Le pseudonyme permet d'identifier ceux qui veulent se retirer. Les données recueillies ne seront consultées que par les membres de l'équipe de recherche que sont le Docteur Yohan SAYNAC et Monsieur Julian CHAMOISEAU. Les résultats anonymes seront publiés sous la forme d'un manuscrit de thèse et, par la suite, d'article dans une revue scientifique pour améliorer la connaissance scientifique sur le sujet étudié. Les résultats de la recherche pourraient également être diffusés dans des colloques professionnels et scientifiques. Vous pourrez accéder, sur demande, aux résultats de recherche même en vous ayant retiré en cours d'étude.

Traitement informatique des données personnelles : Dans le cadre de l'étude, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre dans des conditions assurant leur confidentialité et conformément aux dispositions du règlement européen sur la protection des données. Ce traitement est fondé sur l'art. 6.1.e dudit règlement (mission d'intérêt public).

Les enregistrements audio sont conservés sur les appareils personnels (téléphone mobiles et PC) de Monsieur Julian CHAMOISEAU et sous sa responsabilité dans son bureau fermé à clef. Il existe également un disque dur externe pour garantir la conservation durant la durée de l'analyse d'une interview qui peut prendre 72h.

Une fois retranscrit et analysé, l'enregistrement audio est supprimé de tous les supports.

Durée de conservation des données : Vos données personnelles seront supprimées après publication de la thèse ou de l'article ou, à défaut, 2 ans à l'issue de la recherche.

Vos droits en tant que participant(e) à cette recherche : Vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

Pour exercer ces droits ou poser des questions au sujet de cette recherche, vous pouvez vous adresser directement à l'investigateur principal de l'étude ou le directeur de recherche : [julian.chamoiseau@etu.u-paris.fr](mailto:julian.chamoiseau@etu.u-paris.fr). Une réponse vous sera apportée dans les plus brefs délais avec un délai maximal d'un mois à compter de la réception de la demande.

Vous pouvez contacter également la Déléguée à la Protection des Données d'Université de Paris à [dpo@u-paris.fr](mailto:dpo@u-paris.fr).

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

Cette note d'information vous appartient et vous pouvez la communiquer et en parler à votre médecin traitant et/ou à vos proches pour avis.

Nous vous remercions de votre coopération.

Contacts :

Directeur de recherche  
Docteur Yohan SAYNAC  
Chef de clinique  
Université Paris XIII  
[yohan.saynac@univ-paris13.fr](mailto:yohan.saynac@univ-paris13.fr)

Investigateur principal  
Monsieur Julian CHAMOISEAU  
Interne en médecine générale  
Université de Paris  
[julian.chamoiseau@etu.u-paris.fr](mailto:julian.chamoiseau@etu.u-paris.fr)

**Tel : 01.84.21.04.13**



**Annexe 7 : Prototype guide d'entretien semi-structuré (Auteur Julian CHAMOISEAU-2022)**

**GRILLE D'ENTRETIEN (20-30 min à tester sur le terrain)**

ITEMS ABORDES	QUESTIONS
<p><b>ITEM 1 :</b> <b>intérêt l'AP</b></p>	<p><b>Que pensez-vous que l'AP vous apporterait ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que pensez-vous du manque d'AP ?</li> <li>• Quel est votre objectif avec l'AP? (Relations ? Bien-être ? Performance ? Objectifs précis ? Chiffrés ?</li> <li>• Quel est selon vous le niveau d'AP minimum ?</li> <li>• Quels conseils avez-vous reçu concernant l'AP et par qui ?</li> <li>• Quel acteur est selon vous l'acteur le plus légitime pour en faire sa promotion ?</li> <li>• Que pensez-vous de l'AP ? (Bénéfice ? Inutile ?)</li> <li>• Quels sont selon vous les Enjeux ?</li> <li>• Sauriez-vous me différencier le sport-santé et l'AP ?</li> </ul>
<p><b>ITEM 2 :</b> <b>Freins à l'AP</b></p>	<p><b>Qu'est ce qui vous empêcherait de pratiquer l'AP au quotidien ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles-sont les barrières selon vous ?</li> <li>• (Responsabilité familiales, travail, horaire ? Accessibilité ? Coût ? Motivation ?) La météo ? La sécurité ?</li> <li>• Quelles sont selon vous les possibilités pour lever les freins?</li> <li>• Qu'est ce qui vous ferait refuser d'augmenter votre AP ? (âge limite, mauvais vécu...)</li> </ul>
<p><b>ITEM 3 :</b> <b>Confiance en soi pour pratiquer l'AP</b></p>	<p><b>Vous sentez-vous capable d'augmenter/d'amorcer votre AP ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment juger vous la confiance que vous portez en vos capacités à concrétiser l'AP au quotidien? A augmenter votre AP ?</li> <li>• Quelle image de avez-vous de vous même?</li> <li>• Quelles-sont les contraintes que vous jugeriez insurmontables ?</li> <li>• Avez-vous peur de l'AP ?(Douleur ? Regard des autres ?) Quelle est votre attitude face à l'échec ?</li> </ul>
<p><b>ITEM 4 :</b> <b>Lieux de la pratique de l'AP</b></p>	<p><b>Selon vous ça devrait se faire où ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Savez-vous où vous pouvez effectuer l'activité physique ?</li> <li>• Quelle serait l'endroit idéal selon vous ?</li> </ul>
	<p><b>Les séances devraient ressembler à quoi ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vers qui pensez-vous vous adresser?</li> <li>• Comment voudriez-vous être suivi?</li> <li>• Que pensez-vous des carnets de suivi/monitoring en ligne en continue.</li> <li>• La prescription d'AP devrait prendre quel forme idéalement ?</li> <li>• (Que pensez-vous d'une PAP sous forme de contrat d'AP ?)</li> <li>• Quelle attitude attendez-vous des soignants encadrant l'AP?</li> </ul>

<p align="center"><b>ITEM 5 :</b> <b>La séance d'AP en pratique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment voudriez-vous qu'ils interagissent ?</li> <li>• Comment voudriez-vous que d'autres participant vous traitent ?</li> <li>• Quels forme de retour voudriez-vous voir appliquer (mail, lettre, appel téléphonique...)</li> <li>• Comment voudriez-vous être suivi (téléphone, courriel, courrier...) Pour combien de temps ? (a vie peut-être?)</li> <li>• Que faut-il faire selon vous pour pratiquer en toute sécurité?</li> <li>• Selon vous quels équipements vous paraissent indispensable dans une salle d'AP ? (sans lesquelles vous refuseriez de participer)</li> <li>• Que pensez de la pratique en groupe ? Individualisée ?</li> </ul>
<p align="center"><b>ITEM 6 : Motivation</b></p>	<p><b>Qu'est ce qui pourrait-vous aider à créer/maintenir la motivation à long terme ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'est ce qui participerait au maintient de votre motivation ?</li> <li>• Que feriez-vous pour prendre la voie de l'autonomie de l'AP au quotidien?</li> <li>• Quelle motivation de votre médecin pour l'AP ?</li> </ul>
<p align="center"><b>ITEM 7 :</b> <b>Capacité d'auto-évaluation</b></p>	<p><b>Quelles sont selon vous vos capacités physiques réelles ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles questions votre médecin devrait-il poser pour avoir tout en main pour BIEN prescrire vous prescrire l'AP?</li> <li>• Comment vous représentez-vous vos capacités physiques ?</li> </ul>
<p align="center"><b>ITEM 8 (maximum) :</b> <b>Entourage</b></p>	<p><b>Quelle serait, selon-vous, la place de la famille dans l'AP ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est la place du sport dans votre famille ?</li> <li>• Quel est l'attitude de votre entourage ?</li> </ul>
<p align="center"><b>Item inattendus</b></p>	

**Annexe 8 : Version finale du Guide d'entretien semi-structuré (Auteur Julian CHAMOISEAU-2022)**

ITEMS ABORDES	QUESTIONS
<p align="center"><b>ITEM 1 : intérêt de l'AP</b></p>	<p><b>Que pensez-vous que l'AP vous apporterait ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que pensez-vous du manque d'AP ?</li> <li>• Quel est votre objectif avec l'AP? (Relations ? Bien-être ? Performance ? Objectifs précis ? Chiffrés ?</li> <li>• Quel est selon vous le niveau d'AP minimum ?</li> <li>• Quels conseils avez-vous reçu concernant l'AP et par qui ?</li> <li>• Quel acteur est selon vous l'acteur le plus légitime pour en faire sa promotion ?</li> <li>• Que pensez-vous de l'AP ? (Bénéfice ? Inutile ?)</li> <li>• Quels sont selon vous les Enjeux ?</li> <li>• Sauriez-vous me différencier le sport-santé et l'AP ?</li> </ul>
<p align="center"><b>ITEM 2 : Freins à l'AP</b></p>	<p><b>Qu'est ce qui vous empêcherait de pratiquer l'AP au quotidien ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles-sont les barrières selon vous ?</li> <li>• (Responsabilité familiales, travail, horaire ? Accessibilité ? Coût ? Motivation ?) La météo ? La sécurité ?</li> <li>• Quelles sont selon vous les possibilités pour lever les freins?</li> <li>• Qu'est ce qui vous ferait refuser d'augmenter votre AP ? (âge limite, mauvais vécu...)</li> </ul>
<p align="center"><b>ITEM 3 : Confiance en soi pour pratiquer l'AP</b></p>	<p><b>Vous sentez-vous capable d'augmenter/d'amorcer votre AP ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment juger vous la confiance que vous portez en vos capacités à concrétiser l'AP au quotidien? A augmenter votre AP ?</li> <li>• Quelle image de avez-vous de vous même?</li> <li>• Quelles-sont les contraintes que vous jugeriez insurmontables ?</li> <li>• Avez-vous peur de l'AP ?(Douleur ? Regard des autres ?) Quelle est votre attitude face à l'échec ?</li> </ul>
<p align="center"><b>ITEM 4 : Lieux de la pratique de l'AP</b></p>	<p><b>Selon vous ça devrait se faire où ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Savez-vous où vous pouvez effectuer l'activité physique ?</li> <li>• Quelle serait l'endroit idéal selon vous ?</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>ITEM 5 :</b> <b>La séance d'AP en pratique</b></p>	<p><b>Les séances devraient ressembler à quoi ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vers qui pensez-vous vous adresser?</li> <li>• Comment voudriez-vous être suivi?</li> <li>• Que pensez-vous des carnets de suivi/monitoring en ligne en continue.</li> <li>• La prescription d'AP devrait prendre quel forme idéalement ?</li> <li>• (Que pensez-vous d'une PAP sous forme de contrat d'AP ?)</li> <li>• Quelle attitude attendez-vous des soignants encadrant l'AP?</li> <li>• Comment voudriez-vous qu'ils interagissent ?</li> <li>• Comment voudriez-vous que d'autres participant vous traitent ?</li> <li>• Quels forme de retour voudriez-vous voir appliquer (mail, lettre, appel téléphonique...)</li> <li>• Comment voudriez-vous être suivi (téléphone, courriel, courrier...) Pour combien de temps ? (a vie peut-être?)</li> <li>• Que faut-il faire selon vous pour pratiquer en toute sécurité?</li> <li>• Selon vous quels équipements vous paraissent indispensable dans une salle d'AP ? (sans lesquelles vous refuseriez de participer)</li> <li>• Que pensez de la pratique en groupe ? Individualisée ?</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>ITEM 6 :</b> <b>Motivation</b></p>	<p><b>Qu'est ce qui pourrait-vous aider à créer/maintenir la motivation à long terme ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'est ce qui participerait au maintient de votre motivation ?</li> <li>• Que feriez-vous pour prendre la voie de l'autonomie de l'AP au quotidien?</li> <li>• Quelle motivation de votre médecin pour l'AP ?</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>ITEM 7 :</b> <b>Capacité d'auto-évaluation</b></p>	<p><b>Quelles sont selon vous vos capacité physiques réelles ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles questions votre médecin devrait-il poser pour avoir tout en main pour BIEN prescrire vous prescrire l'AP?</li> <li>• Comment vous représentez-vous vos capacité physique ?</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>ITEM 8 (maximum) :</b> <b>Entourage</b></p>	<p><b>Quelle serait, selon-vous, la place de la famille dans l'AP ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est la place du sport dans votre famille ?</li> <li>• Quel est l'attitude de votre entourage ?</li> </ul>

## **Annexe 9 : Déroulement des entretiens (Auteur Julian CHAMOISEAU-2022)**

À l'attention de l'investigateur : maîtriser par cœur AVANT toute utilisation sur le terrain.

### **PREMIER CONTACT**

*« Bonjour madame/monsieur « un tel », mon nom est Julian CHAMOISEAU, interne en médecine générale à l'université Paris V en fin de cursus, et j'aurai le plaisir de vous interviewer afin de réaliser ma thèse d'exercice. Je vous remercie tout d'abord d'avoir bien voulu me consacrer du temps afin de me permettre de concrétiser ce projet. »*

### **PRESENTATION**

*« Pour rappel, Madame/Monsieur « un tel » vous avez- accepté cet entretien aujourd'hui afin de nous faire connaître votre opinion au sujet du sport sur ordonnance »*

*« Avant que l'on ne commence, je me permet de réaffirmer que vous pouvez répondre en toute confiance. Il n'existe pas de bonne ou de mauvaise réponse. Exprimez-vous librement afin de nous faire connaître votre point de vue et nous n'interviendront, par la suite, que pour faciliter le déroulement de l'entretien »*

Questions brise-glace pour débiter :

***« Quand avez-vous fait de l'activité physique pour la dernière fois ? »***

- *« Avez-vous déjà entendu parler la PAP avant l'entretien ? »*
- *« Que pensez-vous de l'activité physique ? »*

***Objectif initial : Mettre en confiance pour libérer la parole***

**En cours d'entretien :**

- *Priorité absolue à l'évocation spontanée sans orientation*
- *Attendre 15 secondes MINIMUM avant de relancer les silences(lieu de l'élaboration)*
- *Ne pas orienter les réponses Ne poser que des questions ouvertes.*

***Ordre des questions à choisir judicieusement car influencera la réponse.***

*En gros technique du sablier : commencer par une question générale et facile et terminer par question précise et pointue.*

***Phrases de relance (pour rediriger les sujets en cas de digression) :***

- ***Répéter en reformulant ce que vient de dire la personne***

*Ne pas hésiter à reformuler pour être sûr qu'on a bien compris l'idée de son interlocuteur (l'interlocuteur sera mis en confiance car confirmé d'être écouté et compris, sentiment d'être valorisé)*

- *Comment ? Mais encore ? Oui ? C'est-à-dire ? Par exemple ? Avez-vous quelque chose à ajouter ?*
- *Qu'est ce que vous vouliez-dire ?*
- *Autre chose ? Que pensez-vous de « ITEM suivant »*

**Langage corporel de l'investigateur :**

**Attitude d'écoute active bienveillance :** *« hum ».hochement de tête, « oui, je vois »*

**Disponibilité intégrale de l'investigateur** pendant l'entrevue: absence de préjugé, absence de jugement, absence de directivité.

Maintien absolue du fil de la conversation car triple tâche :

- Garder en tête la question de recherche
- Orienter vers la profondeur les réponses de ce dernier
- Poser la bonne questions au bon moment afin de dépasser les banalité

## Annexe 10 Journal de bord (Auteur Julian CHAMOISEAU-2022)

JOURNAL DE BORD THESE "Prescription d'activité physique"		
DATE (Année 2021)	Numéro d'entretien	résumé entretien, impression, informations utiles
25-janv.	E1	1er entretien avec une patiente de pantin. Entretien mené conjointement avec le 3e investigateur par ZOOM. Entretien très cordial avec informatrice maîtrisant parfaitement ZOOM. Bonne coordination entre les 2 enquêteurs. Au regard de ce qu'évoque la patiente sa relation avec l'activité physique a été influencé par des événements de vie difficiles. Contexte de frustration induite par le couvre feu qui entrave sa volonté de mouvement. Stress d'un des investigateur avec un ton moins chaleureux qu'attendu sur lequel il faut travailler.
30-janv.	E2	Entretien en présentiel dans un cabinet de médecine générale de Pantin. Il n'y pas eu de soucis pour programmer le rdv. L'investigateur était en retard à cause de rdv précédent. Soucis technique car appel sur le téléphone utilisé durant l'enregistrement. Entretien enregistré en 2 parties qui ont constitué une pause. Difficulté technique mettant mal à l'aise l'investigateur. La bonne volonté de l'informatrice a permis un ton cordial durant l'entretien. Les soucis techniques sont un frein à la bonne utilisation des relances pour l'investigateurs.
06-févr.	E3	Entretien en présentiel dans un cabinet de médecine générale de Pantin. Pas de soucis technique. Informateur timide nécessitant une bonne mise en confiance lors de l'interaction mais niveau sonore bas. Informateur motivé par la thématique. Pas de nécessité de recadrage. Relance et question pour approfondissement du guide utilisée par l'investigateur. Ambiance cordiale mais pas chaleureuse car manque d'aisance de l'investigateur. Assimilation du questionnaire en cours. Oublie au début de l'entretien du guide ce qui a interrompu l'interaction. Le stress de l'investigateur de part le manque de maîtrise de son rôle a été compris par l'informatrice.
11-févr.	E4	Entretien en présentiel dans un des CMS de Pantin. Patient ayant initialement oublié de venir au rendez-vous. L'investigateur a rappelé l'informatrice au sortir de sa sieste. Nous avons eu 1h de retard. Au cours de l'entretien l'attitude de l'informatrice était volontaire malgré la fatigue. L'entretien s'est déroulé sur un ton cordiale. Les relances ont été placée le plus justement et le plus subtilement possible par l'investigateur pour ne pas perdre du message dans le matériel. Le recadrage a été minime. L'informatrice a apprécié l'interview. L'investigateur était un peu stressé par ses premières interactions de terrain.
22-févr.	E5	Entretien en visioconférence sans problème technique. Pas de soucis pour programmer le rendez vous. L'informatrice était à l'aise, productif et motivé. Absence de nécessité de relance ou de recadrage. Le ton était très cordialement et presque chaleureux comme souhaité. L'investigateur a essayé de placée avec sagacité les questions hors guide. A la fin de l'entretien l'informatrice a confié avoir beaucoup apprécié l'interaction.
26-juin	E6	Entretien fait en visioconférence. Pas de soucis technique à déplorer. Investigateur avec une moins bonne connaissance du guide et qui a eu du mal à s'en écarter. Informateur captivé par le sujet sans besoin de relance pour l'interaction. Entretien très productif. En terme de ressenti, l'investigateur a été un peu stressé de l'interaction. L'informatrice était à l'aise et motivé. L'ambiance était cordiale.
25-juil.	E7	Entretien en visioconférence. Pas de soucis technique ou organisationnel à signaler. L'informatrice était à l'aise avec l'outil de conférence. L'interaction visée, à savoir conviviale et informelle, a été atteinte. L'informatrice a été surpris par la liberté induite par le questionnaire. Il s'attendait à quelque chose de plus directif. L'investigateur a essayé de ne pas interrompre trop vite l'informatrice et à placer les questions pertinentes le plus finement possible.
26-juil.	E8	Entretien en visioconférence. Echec technique lors de la première tentative d'enregistrement. Perte de matériel initial car défaut d'enregistrement sur erreur technique. L'informatrice a accepté de bonne grâce de renouveler l'entretien c'est pourquoi il paraît synthétique et lacunaire alors que l'entretien initial était convivial, riche et interactif. L'informatrice est motivé par le sujet et très cordial. L'investigateur était mal à l'aise par rapport au soucis technique ce qui a diminué la qualité de son intervention.

# JOURNAL DE BORD THESE "Prescription d'activité physique"

DATE (Année 2021)	Numéro d'entretien	résumé entretien, impression, informations utiles
27-juil.	E9	Entretien en visioconférence. Difficulté technique car interlocutrice ne maîtrisant pas ZOOM. Difficulté de démarrage initiale de la visioconférence. Interaction difficile car l'informatrice ne souhaite pas, malgré les relances, être productif devant l'investigateur. Effort d'interaction durant tout l'entretien pour la fluidifier mais interlocuteur restant très succinct dans ces réponses. Sentiment d'effort de nature scolaire subi par l'informatrice et d'échec dans la qualité de l'interaction pour l'investigateur.
07-août	E10	Entretien en visioconférence. Difficulté majeure car l'informatrice ne maîtrise pas bien le français. L'effort de clarification sur le message délivré a diminué la qualité de l'interaction. Des soucis de débit internet ont également compliqué l'entretien. La bonne volonté de l'informatrice et de l'investigateur ont cependant rendu l'entretien cordial mais stressant pour l'investigateur. Les nombreuses interruptions de l'informatrice pour clarifier ses propos ont sûrement biaisé le message. L'attention de l'investigateur s'est centrée, au maximum, sur le respect de la pensée exprimée par l'informatrice.
07-août	E11	Entretien en visioconférence. Soucis majeur de connexion internet rendant la voix de l'informatrice moins intelligible. Problème partiellement résolu en maintenant que l'audio sur le logiciel ZOOM. L'organisation du rendez-vous n'a pas posé de problème. L'informatrice était intéressée par le sujet et productive. Il n'y a pas eu besoin de beaucoup de relance. L'ambiance de l'interaction était bienveillante sans être conviviale. L'investigateur était mal à l'aise par rapport au soucis technique ce qui fait qu'il interromps un peu trop souvent et entrave légèrement la disponibilité de l'investigateur qui a fait son possible tout de même.
16-août	E12	Entretien en visioconférence. Pas de soucis technique ou organisationnel à rapporter. Il a fallu 2 reprogrammations pour obtenir le rdv, preuve que l'informatrice est occupé et qu'il a une affinité pour le sujet. L'informatrice était très coopératif et productif sur le sujet. Il semble qu'il a apprécié l'interaction. L'investigateur n'a pas eu de relance majeure à faire pour rester sur les rails. L'investigateur a bien laissé le temps de réflexion nécessaire à l'informatrice pour lui permettre de mûrir ses réponses ce qui est satisfaisant. L'investigateur a pu poser ses questions de façon précise. Les réponses l'ont été tout autant.
17-août	E13	Entretien par visioconférence. Sur le plan organisationnel, l'informatrice avait oublié initialement le premier rdv pour raison personnelle. L'entretien se déroule le matin après une soirée festive. Malgré la fatigue la bonne volonté de l'informatrice peut être saluée car il est resté coopératif, exhaustif et structuré pendant tout l'entretien. Il n'a pas perdu le fil, a répondu directement aux questions. Il était à l'aise sur le sujet. L'enquêteur était à l'aise et motivé de rentabiliser cet effort également.
22-août	E14	Entretien en visioconférence. Pas de problème technique sauf en milieu d'entretien.; Sur le plan organisationnel l'enquêteur a été interrompu ce qui a constitué une pause. L'informatrice était à l'aise de bout en bout de l'entretien, s'intéressait et maîtrisait le sujet. L'informatrice allait, spontanément dans le vif du sujet. Pas de difficulté de recadrage de la part de l'investigateur.
01-sept.	E15	Entretien fait en visioconférence. Sur le plan technique, de part un soucis de connexion internet la voix de l'informatrice a été par quelque moment altérée. Heureusement le discours de l'informatrice est resté tout à fait intelligible. Quelques questions ont eu des réponses lacunaires de part leur absence de lien avec le vécu du sujet interrogé. Le ton est resté informel tout en allant dans le vif du sujet. Le stress de l'enquêteur est marqué par des interruptions de l'informatrice quand celui-ci perd le fil mais cela reste minime.
03-sept.	E16	Entretien fait par visioconférence. L'informatrice était sur son lieu de travail. Il est très intéressé par le sujet. Aucune contrainte organisationnelle n'est venue entraver l'entretien. L'informatrice était à l'aise avec l'outil de visioconférence. Il n'a pas semblé affecté par le caractère ouvert du questionnaire bien que certaines questions n'ont pas eu le retour espéré. Dans une volonté de bien faire l'informatrice pouvait paraître un peu nerveux car il parlait un peu vite mais cela semblait être son mode d'expression normal. Cette entretien a été agréable à mener par l'investigateur.
06-sept.	E17	Entretien fait par visioconférence. Début de l'entretien difficile car retard de l'investigateur lors de la cause d'un rendez-vous plus long que prévu juste avant l'entretien. Durant l'entretien l'informatrice était à l'aise et très intéressé par le sujet. Le déroulement était très agréable pour l'investigateur car l'informatrice s'orientait spontanément vers le cœur du sujet sans nécessité de relance ou d'interruption. Nous avons pu travailler et contribuer à la question de recherche en gardant une posture bienveillante de conversation informelle. Nous avons dû abrégé l'entretien par manque de temps imputable au retard initial. Un départ à l'étranger dans la semaine imposait de tenter la mise en œuvre.

## Annexe 12 : Avis favorable du comité d'éthique du CNGE



### Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS

Courriel : comite-ethique@cngc.fr

Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 10/12/2020,

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude " : **"Prescription d'activité physique : qu'attendent les patients ? Etude qualitative"**

**AVIS 051120210**

---

Comme suite à la transmission par les auteurs d'un protocole dans un format approprié et après validation de divers éléments avec le référent éthique porteur du dossier, le comité d'éthique a donné un avis favorable à la réalisation de l'étude suivante : **"Prescription d'activité physique : qu'attendent les patients ? Etude qualitative"**.

---

Cédric RAT  
Pour le Comité Ethique du CNGE



## Annexe 13 : Avis favorable du CERAPHP



**CERAPHP Centre**  
Comité d'éthique de la recherche AP-HP Centre

**IRB registration : #00011928**

**Présidente :** Marie-France MAMZER-BRUNEEL

**Vice-présidente :** Anne-Sophie JANNOT

**Secrétariat général :** Mme-Caroline LAJ

**Membres :** Christian BALLOUARD, Flore-Anne DE BAUDINIÈRE, Stéphane DONNADIEU, Jean-Claude K. DUPONT, Éric THERVET, Anne-Laure FERAIL-PIERSSSENS, Nicolas GARGELON, Cécile HANON, Elise JACQUIER, Nicole KARAM, Magalie LADOUCEUR, Tristan MIRAULT, Antoine NEURAZ, Nicolas PALLET, Alex J. PARK, Olivier PELLERIN, Brigitte SABATIER, Éric THERVET, Arthur TRON, David VEYER, Maxime WACK, Aziz ZAANAN



Paris, le 17 février 2021

Réf. 2020-11-08

Le Comité a été saisi de la demande du **Docteur Yohan SAYNAC**, et de son co-investigateur **Monsieur Julian CHAMOISEAU**, concernant une recherche non interventionnelle, intitulée :

« La prescription d'activité physique : Qu'en attendent les patients ? Une étude qualitative dans la ville de Pantin »

Investigateur principal :      **Docteur Yohan SAYNAC,**  
   **Médecin généraliste, médecine du sport**  
   **93500 Pantin**  
   **Téléphone : 01 84 21 04 13**

Ce projet a obtenu un **avis éthique favorable** de la part des membres du CERAPHP Centre lors de la réunion de l'IRB du 12 février. Le comité a estimé que la recherche n'est pas une recherche impliquant la personne humaine au sens de la loi française n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine.

Le comité précise par ailleurs que son avis est purement consultatif et ne dispense pas des formalités réglementaires en vigueur dans le cadre du périmètre de cette recherche.

Pr Marie-France MAMZER  
*Présidente du CERAPHP Centre*



15 Rue de l'École de Médecine, 75006 Paris  
Courriel : [contact.ceraphp5@listes.parisdescartes.fr](mailto:contact.ceraphp5@listes.parisdescartes.fr)





## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Consentement au traitement de données personnelles :

Je, soussigné consens au traitement de mes données à caractère personnel par **Monsieur Julian CHAMOISEAU** pour la réalisation d'une étude portant sur « **La prescription de sport par le généraliste** » et entrant dans le cadre de sa formation en Médecine Générale à Université de Paris.

Je reconnais avoir pris connaissance et m'être vu remettre une copie de la note d'information décrivant les conditions dans lesquelles sera mis en œuvre le traitement.

J'ai également été informé(e) du fait qu'aucune donnée directement identifiante me concernant ne figurera dans la thèse produite.

### Consentement à l'enregistrement audio

J'autorise **Monsieur Julian CHAMOISEAU** à effectuer un enregistrement audio de l'entretien que nous avons ce jour pour les besoins de son étude.

Je consens à l'enregistrement de ma voix à des fins de retranscription de notre entretien.

Je reconnais avoir été informé(e) que cet enregistrement sera détruit après retranscription écrite de l'entretien et ne fera l'objet d'aucune communication au public.

Fait à Pantin le .../.../2021

**Signature Mme/Mr Prénom & NOM**

## **Annexe 15 : Questionnaire de Marshall**



## 3C1 - QUESTIONNAIRE DE MARSHALL

Date de passage du questionnaire : .....

Nom : .....

Prénom : .....

### Consignes :

Remplissez le questionnaire. Pour chaque question, vous choisissez une seule réponse.  
Vous répondez à toutes les questions.

**A-** Combien de fois par semaine faites-vous 20 minutes d'activité physique intense au point de transpirer ou de haleter ? Par exemple : jogging, port de charge lourde, aérobic ou cyclisme à allure rapide

plus de 3 fois par semaine  (score : 4)

1 à 2 fois par semaine  (score : 2)

jamais  (score : 0)

**B-** Combien de fois par semaine faites-vous 30 minutes d'activité physique modérée, ou de la marche, qui augmente votre fréquence cardiaque ou qui vous font respirer plus fort que normalement ? Par exemple : tondre la pelouse, porter des charges légères, faire du vélo à allure modérée ou jouer du tennis en double

plus de 5 fois par semaine  (score : 4)

3 à 4 fois par semaine  (score : 2)

1 à 2 fois par semaine  (score : 1)

jamais  (score : 0)

### Lecture des résultats\* :

Vous additionnez les scores obtenus à la question A et à la question B.

Reportez vous au tableau de résultats ci dessous

Résultats	Commentaires
Score → 4 = «suffisamment» actif	encourager le pratiquant à continuer
Score 0-3 = «insuffisamment» actif	encourager le pratiquant à en faire plus



\*Pour interpréter les résultats et aller plus loin, consultez la page 87 du livre « Les fondamentaux du Sport Santé : 80 outils pour mieux évaluer et accompagner vos pratiquants », (FFEPGV), Edition Amphora 2014.

RETROUVEZ TOUTES LES FICHES DE RÉSULTATS SUR NOTRE SITE : [www.sport-sante.fr](http://www.sport-sante.fr)

## Permis d'imprimer

---

Vu, le Président de thèse  
Université de Paris

Vu, le Doyen de l'UFR de Médecine  
Université de Paris  
Professeur Philippe RUSZNIEWSKI

Date :

Vu, la Présidente d'Université de Paris  
Professeure Christine CLERICI

Pour la Présidente et par délégation,  
Le Doyen Philippe RUSZNIEWSKI

## Résumé

**TITRE :** La prescription de l'activité physique par les médecins généralistes. Qu'en attendent les patients ? Etude qualitative dans le cadre d'un programme local de sport sur ordonnance de la ville de Pantin. **OBJECTIF :** Nous avons cherché à déterminer les représentations des patients pantinois concernant la prescription d'activité physique et sa mise en pratique dans notre programme de sport sur ordonnance. **METHODE :** Nous avons mené une étude qualitative consistant en des entretiens semi-dirigés dont la structure a été élaborée à partir d'une bibliographie sur l'activité physique. Les entretiens ont été menés en exploitant la technique de l'entretien compréhensif. La saturation des données et la triangulation nous ont permis de proposer une réponse fidèle ancrée offrant sens à notre matériel. **RESULTATS :** L'activité physique est vue comme valeur transmise, source de bonne santé dans tous ses aspects. Elle se pratique dans le respect des limites et de façon encadrée. L'accessibilité au plus grand nombre dépend de facteurs pratiques (coût, offre, visibilité...). Il nous faut bien connaître le patient et déployer tous les atouts de notre programme (suivi adaptatif, promotion ciblée...) pour assurer le changement. Ils cherchent à acquérir les compétences de l'autonomie dans la pratique de l'activité physique pour leur santé. **CONCLUSION :** Cette étude a permis d'établir les pistes d'amélioration pour favoriser la mise en place de programme de sport-santé les plus à même de remporter leur adhésion.

## Mots clés français :

[Aptitude physique](#)

[Prévention primaire](#)

[Prévention secondaire](#)

[Médecine préventive](#)

## Forme ou Genre :

[MeSH : Dissertation universitaire](#)

[Rameau : Thèses et écrits académiques](#)

**Université de Paris**

**UFR de médecine– Site Bichat**

**16, rue Henri Huchard 75018 Paris**