

2015-2016

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

**Les pratiques de médecins
généralistes sensibilisés à l'activité
physique pour la santé face à la
sédentarité de leurs patients à
risque cardiovasculaire.**

Etude qualitative.

BLET Quentin

Né le 29 octobre 86 à La Ferté Bernard (72)

Sous la direction de Mme PLESSIS Anne

Membres du jury

Pr CONNAN Laurent | Président

Dr PLESSIS Anne | Directeur

Pr ABRAHAM Pierre | Membre

Dr BELLANGER William | Membre

Soutenue publiquement le :
17 novembre 2016



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussigné BLET Quentin
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le 10/10/2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophthalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane
AUTRET Erwan
BRUNOIS-DEBU Isabelle
CAVAILLON Pascal
CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique
Anglais
Anglais
Pharmacie Industrielle
Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur CONNAN,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Vos conseils m'ont guidé dans l'élaboration de ce travail. Vous avez contribué à la qualité de notre formation en médecine générale. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur PLESSIS,

Merci de m'avoir si bien accompagné dans cette longue aventure. Merci de ta gentillesse, de ta disponibilité, de ta rigueur et surtout de ta patience à toute épreuve.

A Monsieur le Professeur ABRAHAM,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. En tant que sportif et médecin, je vous porte un grand respect.

A Monsieur le Docteur BELLANGER,

Merci de participer à mon jury de thèse. Merci de votre aide précieuse dans ce travail. Vous avez également contribué à me faire aimer le beau métier de médecin généraliste. Soyez assuré de ma plus grande gratitude.

A Monsieur le Docteur JEROME,

Merci de m'avoir accompagné et écouté tout au long de mon internat. Votre esprit critique m'a beaucoup aidé dans ce projet. Veuillez trouver ici toute ma reconnaissance.

Aux sympathiques médecins généralistes ayant acceptés de participer à ce travail,

Merci pour votre temps et votre sincérité. J'ai réalisé de belles rencontres.

Aux patients,

Qui m'ont inspiré ce sujet de thèse.

A Marie, ma femme,

Tu me supportes depuis plus de 10 ans maintenant. Quel courage ! Merci de ton aide et de ta participation dans ce travail de thèse. Merci pour tous nos bons moments, nos voyages, nos délires, nos passions. Je t'aime.

A Karl, mon p'tit gars,

Si petit et déjà si fort. Je suis tellement fier d'être ton papa.

A mes Molosses,

A mes Parents et à mon Frère,

Merci pour votre soutien dans cette longue aventure médicale. A vos valeurs. A mon Papa qui m'a transmis la passion de la boxe et A ma Maman qui s'inquiète toujours autant.

A la Boxe,

A tout ce que tu me procures au quotidien, à la boxe angevine, à mes rêves d'enfants, à toutes ces belles rencontres, à Ali, à Rachid, aux partenaires, à Alexis Vastine ...

A Manon, Damien, Adeline et aux autres runners,

A cause de vous, je me retrouve avec des nouveaux défis (comme si j'avais le temps).

A Noémie, Manon, Marie, Jean-Phi, Damien,

A notre joyeuse bande qui ne cesse de s'agrandir...

Aux copains de fac et d'internat ...

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Le repérage de la sédentarité chez les patients à risque cardiovasculaire

- 1.1. Quand repérer ?
- 1.2. Comment repérer ?
 - 1.2.1. Connaissance du patient
 - 1.2.2. Interrogatoire simple
 - 1.2.3. Outils de repérage
 - 1.2.4. Autres critères de repérage
- 1.3. Comment évaluer le niveau d'activité physique ?

2. La prescription d'activité physique

- 2.1. Le format de la prescription
- 2.2. Conseil oral / Prescription écrite
 - 2.2.1. Vers une prescription écrite d'activité physique ?
 - a) Une valorisation de l'activité physique
 - b) Un outil face aux sédentaires résistants aux conseils
 - 2.2.2. Le conseil oral privilégié par les médecins généralistes sensibilisés
 - a) Plus adapté à la pratique quotidienne
 - b) Sédentarité : un problème non médical
 - c) Efficacité à long terme de la prescription écrite ?
- 2.3. Quelle activité physique ?
- 2.4. Quelle quantité ?
- 2.5. Quelle structure ?
- 2.6. Quels outils ?

3. La représentation de l'activité physique des médecins généralistes sportifs

- 3.1. Médecins sportifs / Patients sédentaires : une représentation bien différente de l'activité physique
- 3.2. Des médecins très sportifs très investis
- 3.3. Des médecins très sportifs peu tolérants
- 3.4. Vers un assistanat des patients sédentaires

4. Le suivi motivationnel des patients sédentaires à risque cardiovasculaire

- 4.1. Pas de suivi formalisé
- 4.2. Activité physique / Médicament
- 4.3. Leviers motivationnels

5. Solutions face aux patients qui restent sédentaires

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Discussion de la méthode

2. Une approche centrée sur le patient plutôt que des outils standardisés

- 2.1. Le choix de ne pas suivre les recommandations
- 2.2. Une pratique centrée sur le patient
 - 2.2.1. Le repérage de la sédentarité
 - 2.2.2. La quantité d'activité physique
 - 2.2.3. Le type d'activité physique

3. Peu de difficultés des médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique

4. Des médecins sportifs pour des patients sédentaires ?

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Les pratiques de médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique pour la santé face à la sédentarité de leurs patients à risque cardiovasculaire. Etude qualitative.

Monsieur BLET Quentin

Docteur PLESSIS Anne

Médecin généraliste, Craon, Mayenne

RESUME

Introduction - La sédentarité est aujourd'hui le quatrième facteur de risque de mortalité dans le monde. Elle favorise le développement des maladies cardiovasculaires et de leurs facteurs de risque. Les patients sédentaires à haut risque cardiovasculaire représentent un enjeu de santé public majeur. Alors qu'on assiste au développement de nouveaux modes de prescription de l'activité physique, les médecins généralistes éprouvent des difficultés à lutter contre la sédentarité de leurs patients. L'objectif de cette thèse est d'explorer les pratiques de médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique pour la santé face à la sédentarité de leurs patients à risque cardiovasculaire.

Matériels et Méthodes - Nous avons réalisé 12 entretiens qualitatifs, semi structurés auprès de médecins généralistes des Pays de la Loire entre octobre 2015 et février 2016. Nous avons inclus uniquement des médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique pour la santé (diplôme de médecine du sport, formation sport-santé, travaux, appétence, ou expérience dans ce domaine).

Résultats - La prescription d'activité physique se fait presque exclusivement sous forme orale. Les conseils sont simples, personnalisés et répétés au sein du suivi habituel de médecine générale. La connaissance des habitudes de vie est essentielle pour repérer et adapter cette prescription. Chez les patients à haut risque cardiovasculaire, les médecins privilégient la marche intégrée au sein des activités de la vie quotidienne. L'objectif est de limiter au maximum la sédentarité et est bien souvent limité à 15 min d'activité physique modérée par jour.

Discussion/Conclusion - Les médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique pour la santé ne souhaitent pas utiliser les nouveaux outils de prescription de l'activité physique (prescription écrite, questionnaire de repérage, podomètre, réseau sport santé...). Jugés inadaptés en soins primaires, ils préfèrent une pratique centrée sur le patient. Ces médecins sensibilisés semblent avoir plus de ressources et apparaissent plus investis dans la prise en charge de la sédentarité de leurs patients à risque cardiovasculaire.

INTRODUCTION

Le manque d'activité physique représente aujourd'hui un problème de santé public majeur dans les pays industrialisés. L'évolution du mode de vie, dans la vie courante comme dans la vie professionnelle, s'accompagne d'un abandon progressif de l'activité physique et d'une augmentation des activités sédentaires (1, 2).

La principale conséquence est le développement des maladies cardiovasculaires et de leurs facteurs de risque (1). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la sédentarité est le quatrième facteur de risque de mortalité derrière l'hypertension artérielle, le tabac, le taux élevé de glucose dans le sang, et juste devant l'obésité. En 2010, elle serait responsable de 6 % des décès dans le monde (2, 3).

En France, seulement 42,5 % de la population atteint un niveau d'activité physique favorable à la santé (4), alors que les maladies cardiovasculaires représentent la deuxième cause de décès derrière les tumeurs (5, 6).

L'efficacité de l'activité physique est maintenant largement reconnue dans la prise en charge des facteurs de risque et des maladies cardiovasculaires (1, 7). La Haute Autorité de Santé (HAS) souligne le rôle fondamental des thérapeutiques non médicamenteuses (activité physique et alimentation) dans la prise en charge de ces pathologies, en association ou non avec le médicament (8, 9, 10, 11, 12, 13).

Le Programme National Nutrition Santé (PNNS), en accord avec les recommandations internationales, a établi un seuil minimal d'activité physique pour la population générale. Ce

seuil est fixé à au moins 30 minutes d'activité physique modérée 5 fois par semaine, et/ou 20 minutes d'activité physique intense 3 fois par semaine (1, 2 14, 15). A ce niveau d'activité physique, les sujets diminuent de 30 % leur mortalité globale et divisent par 2 leur risque de maladie coronarienne. Les bénéfices sur les facteurs de risque cardiovasculaire sont également nombreux : diminution moyenne de la pression artérielle systolique de 9,2 %, diminution de 58 % du risque de survenue d'un diabète, diminution de 0,66% de l'HbA1c chez le diabétique, diminution de 5 % du taux de LDL cholestérol, meilleur contrôle du poids et aide au sevrage tabagique (1, 14, 15, 16).

Malgré ces recommandations pour la population générale, il apparaît important, en terme de santé publique, de cibler les patients à plus haut risque cardiovasculaire (1, 7, 14, 17, 18, 19). En effet, ce sont eux qui peuvent retirer le plus de bénéfice pour la santé en augmentant leur activité physique, même en dessous du seuil fixé par les recommandations (1, 7, 14, 15, 18, 20, 21).

Au cœur de la relation médecin/patient, le médecin généraliste a un rôle clé dans la lutte contre la sédentarité, la promotion d'activité physique et la prévention cardiovasculaire (1, 14, 22).

Selon un travail récent, 82 % des médecins généralistes éprouvent des difficultés à faire la promotion d'activité physique auprès de leurs patients : inefficacité, inobservance, manque de temps, absence de recommandations, manque de structure relais, manque de formation (8, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29)... Leurs interventions, visant à modifier le comportement des patients en matière d'activité physique, n'auraient même qu'un impact modéré et à court terme (30, 31, 32, 33).

A ce jour, il n'existe pas de guide de bonnes pratiques sur la prise en charge des sédentaires, que ce soit au niveau du repérage, de la prescription, du suivi, de la prise en charge comportementale, ni même sur les outils à utiliser. Pourtant, certaines pratiques telles que la prescription écrite, l'utilisation d'un podomètre, d'un questionnaire de repérage ou l'intégration dans un réseau sport-santé semblent prometteuses (8, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 38, 39). Cependant, elles restent peu utilisées en pratique courante et doivent encore être évaluées et validées (28, 30, 31).

Certaines études de la littérature montrent que des médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique et formés à ces nouveaux modes de prescription semblent plus aptes à faire face à la sédentarité des patients à risque cardiovasculaire (40, 41, 42). Leurs expériences pourraient permettre de mettre en lumière certaines pratiques et d'élaborer des propositions pour améliorer la prise en charge des sédentaires en soins primaires.

L'objectif principal de cette thèse est d'explorer les pratiques de médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique pour la santé face à la sédentarité de leurs patients à risque cardiovasculaire.

MÉTHODES

Nous avons choisi une approche qualitative afin d'explorer les expériences des médecins vis-à-vis de leurs patients sédentaires ayant de multiples facteurs de risque cardiovasculaire.

Nous avons réalisé 12 entretiens individuels semi-structurés d'octobre 2015 à février 2016 auprès de 12 médecins généralistes des Pays de la Loire. Les entretiens se sont déroulés aux cabinets des médecins généralistes mis à part deux pour des raisons pratiques. Au préalable, nous avons effectué une recherche bibliographique sur le sujet pour réaliser un guide d'entretien. L'entretien commence par une question ouverte demandant au médecin de raconter une consultation avec un de ses patients sédentaires qui a plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire. Les thèmes de relance concernent leurs pratiques sur le repérage, la prescription, le suivi et l'inobservance ou refus du patient. L'entretien se conclut par un court questionnaire pour permettre de décrire le médecin interrogé (âge, sexe, milieu d'exercice, appétence et expérience particulière, activité physique personnelle). Le guide d'entretien a été testé en situation réelle chez un médecin de l'échantillon pour parfaire la technique d'entretien et s'assurer de la bonne formulation des questions. Il a été quelque peu modifié au fur et à mesure des entretiens pour avoir des questions plus ouvertes. Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone après accord du médecin interrogé, puis retranscrits anonymement sur le logiciel Open Office Writer. Nous avons réalisé un codage manuel et une analyse thématique des données au fur et à mesure des entretiens. L'analyse a été faite par deux lecteurs différents pour permettre une triangulation des données.

La durée moyenne est de 32 minutes par entretien (de 17.12 à 49.44 minutes). Nous nous sommes arrêtés à 12 entretiens devant la saturation des données (4 entretiens sans nouvelles idées abordées).

Nous avons réalisé un échantillonnage homogène. Nous avons recruté les médecins pour leur sensibilité, leur appétence et/ou leur formation en matière d'activité physique pour la santé. Nous avons choisis uniquement des médecins généralistes ayant une activité principale de médecine générale pour permettre une réflexion en soins primaires. Nous avons exclu deux médecins ayant un DESC de médecine du sport car ils rapportaient une activité principale de traumatologie du sport. L'échantillon a été recruté parmi des connaissances et par effet boule de neige (43).

8 médecins ont un diplôme en médecine du sport (2 capacité, 2 CES, 1 DU de traumatologie du sport, 3 inscrits en capacité). 2 médecins exercent un sport en compétition à haut niveau (Marathon, Triathlon), 1 médecin exerçait un sport en compétition à haut niveau (Basket), 1 médecin a une pratique sportive quotidienne. 3 médecins ont participé à une formation sport-santé organisée par le CROS des Pays de la Loire. 3 sont médecins investigateurs dans l'étude PEPPER. 3 ont participé à un travail de thèse sur le sujet (1 directeur de thèse, 2 thésards). 3 médecins s'occupent d'équipe sportive (Basket, Karaté, Equitation). 1 médecin participe à un réseau d'éducation thérapeutique (ASALEE). 1 médecin est membre d'un comité régional de sport. 1 médecin est membre du SORMES.

La moyenne d'âge de l'échantillon est de 44 ans avec un intervalle de 29 à 61 ans. Il est composé de 2 femmes et 10 hommes. 10 médecins déclarent avoir un niveau d'activité

physique supérieur à celui recommandé. 4 médecins exercent en milieu urbain, 5 en milieu semi-rural et 3 en milieu rural.

Tableau I : Caractéristiques des médecins interrogés (Sensibilité/Appétence/Formation, sexe, âge, milieu d'exercice, activité physique conforme aux recommandations, durée d'entretien).

	Sensibilité / Appétence / Formation	Sexe	Age	Milieu	AP reco ?	Durée
1	Réseau ASALEE	H	54	RURAL	NON	49.44
2	Formation sport-santé CROS Capacité de médecine du sport	H	29	SEMI RURAL	OUI	36.37
3	Investigateur PEPPER Plusieurs travaux de thèse	H	54	SEMI RURAL	OUI	26.54
4	Thèse sur l'activité physique Inscrit en capacité de médecine du sport Sport à haut niveau (Marathon)	F	29	URBAIN	OUI	31.2
5	Inscrit en capacité de médecine du sport Formation sport-santé CROS Sport à haut niveau (Triathlon)	H	30	URBAIN	OUI	44.34
6	Inscrit en capacité de médecine du sport	H	33	SEMI RURAL	OUI	33.48
7	Thèse sur l'activité physique Formation sport-santé CROS	H	45	URBAIN	OUI	31.58
8	CES médecine du sport Investigateur PEPPER Médecin équipe et Membre Comité régional basket Ancien sportif à haut niveau (Basket)	H	54	SEMI RURAL	NON	38.17
9	Investigateur PEPPER	H	42	RURAL	OUI	24.05
10	CES médecine du sport Médecin équipe de karaté Activité sportive quotidienne	H	61	URBAIN	OUI	23.38
11	Médecin équitation	F	59	RURAL	OUI	27.26
12	Capacité de médecine du sport DU traumatologie en médecine du sport Membre du SORMES	H	40	SEMI RURAL	OUI	17.12

RÉSULTATS

1. Le repérage de la sédentarité chez les patients à risque cardiovasculaire

Nous n'avons pas remarqué de différence de pratiques de repérage entre les médecins ruraux et urbains, ni entre les médecins sportifs et non sportifs, ni entre les femmes et les hommes.

1.1. Quand repérer ?

Les médecins généralistes soulignent l'importance du repérage de la sédentarité chez chacun de leurs patients à risque cardiovasculaire : « *C'est quelque chose que je dois absolument connaître pour chaque patient* » (Médecin 3).

Ils déclarent le faire très souvent mais pas de manière systématique à chaque consultation. Le moment de repérage n'est pas défini : « *Il faut trouver l'accroche avec les gens* » (Médecin 8). Le moment pour parler de l'activité physique est donc adapté en fonction du contexte de la consultation : « *Ça dépend de la consultation, de l'atmosphère, si le patient est visiblement fermé, ou bien c'est une consultation où je sens que le patient est intéressé* » (Médecin 7).

La survenue de complication, le déséquilibre d'un diabète, d'une hypertension, une prise de poids, l'introduction d'un nouveau médicament sont des moments privilégiés pour parler d'activité physique : « *On peut rebondir sur un diabète mal équilibré* » (Médecin 2).

1.2. Comment repérer ?

1.2.1. Connaissance du patient

La connaissance du patient et la vie sociale du médecin au sein du même environnement sont décrits comme un bon moyen de repérage : « *Je suis installé depuis 20 ans, c'est des patients qu'on connaît depuis 20 ans, on les connaît bien en fait, je vois à peu près où ils habitent, je les vois, j'habite dans le bourg donc je connais, voilà donc la proximité fait que je connais bien les gens* » (Médecin 8). Le repérage s'effectue très souvent hors du cadre formel de la consultation : « *Je les connais les personnes, c'est-à-dire que je les vois soit dans leur jardin ou ils sont en train de bouiner car on se promène forcément dans le quartier, très souvent on est bien au courant de leur activité physique* » (Médecin 1).

1.2.2. Interrogatoire simple

Le repérage de la sédentarité se fait essentiellement par l'interrogatoire sur trois axes : le métier, les loisirs et les transports.

Les médecins accordent beaucoup d'importance aux activités professionnelles : « *parce qu'entre le type qui est maçon et le type qui est commercial au volant de sa voiture euh c'est pas la même chose* » (Médecin 1).

Pour les activités physiques de loisir, ils recherchent principalement la marche, le vélo, des activités sportives, des voyages, le jardinage, le ménage, la présence d'un chien, les activités sédentaires (informatique, télévision).

Pour les transports, les médecins interrogent les patients sur leurs moyens de locomotion pour aller au travail, au cabinet médical, au supermarché, et sur l'utilisation des escaliers.

L'interrogatoire se limite à ces trois axes chez tous les médecins de l'échantillon : « *Une fois que j'ai posé ces trois questions, je vois à peu près le tableau* » (Médecin 6).

Le repérage de la sédentarité est orienté sur le patient et ses activités quotidiennes plutôt que sur la dose d'activité physique recommandée. Le médecin emploie des questions ouvertes afin d'éviter des réponses qui vont dans le sens de celles attendues par le médecin : « *Je ne poserais pas la question : est-ce que vous marchez une demi-heure tous les jours ? Il va me dire oui. Rire. Je vais plutôt lui demander qu'est-ce qu'il fait ?* » (Médecin 3).

1.2.3. Outils de repérage

Les médecins de l'échantillon n'utilisent aucun outil de repérage ni d'évaluation de l'activité physique bien qu'ils connaissent l'existence de questionnaires standardisés, du podomètre ou d'autres outils informatiques. Ils n'en éprouvent pas le besoin : « *Je me méfie des échelles et des machins, les patients cherchent toujours à nous faire plaisir, si vous posez la question : Est-ce que vous avez de l'activité physique ? Ce qui est une question idiote, ils vont tous vous répondre oui alors que vous savez pertinemment qu'ils ne font rien* » (Médecin 1).

1.2.4. Autres critères de repérage

Parfois, les médecins interrogés utilisent l'aspect général du patient pour déduire son niveau d'activité physique théorique : « *Il a déjà du mal à marcher et à respirer quand il se met sur la table d'examen donc c'est évident qu'il n'a pas d'activité physique* » (Médecin 11).

Certains médecins de l'échantillon se représentent les patients à haut risque cardiovasculaire comme forcément sédentaires : « *Enfin ce patient, je ne le vois pas trop dans le sport quand*

même ou plutôt à la buvette du club de football » (Médecin 1). « Je ne pose pas la question parce que dans le groupe de patients à risque cardiovasculaire, en général ils n'ont pas assez d'activité » (Médecin 7).

1.3. Comment évaluer le niveau d'activité physique ?

Les recommandations des 30 minutes par jour constituent un repère approximatif pour juger du niveau d'activité physique des patients : *« Je fais une estimation qui est complètement entre guillemet à la louche qui va me dire s'il est sédentaire ou s'il n'est pas sédentaire »* (Médecin 3).

Aucun médecin de l'échantillon ne fait une évaluation plus précise, ou plus standardisée du niveau d'activité physique des patients.

2. La prescription d'activité physique

Nous n'avons pas remarqué de différence de pratiques selon les lieux d'exercice, le niveau d'activité physique, l'âge ou le sexe des médecins.

2.1. Le format de la prescription

Tous les médecins interrogés prescrivent l'activité physique sous forme de conseils oraux. Ils restent très attachés à la discussion et à l'échange avec le patient. Bien qu'ils connaissent tous la prescription écrite d'activité physique, seulement quatre médecins de l'échantillon l'ont déjà utilisée (Médecins 3, 8, 9, 11). Elle a surtout été matérialisée dans le cadre de projet d'étude. Un médecin de l'échantillon l'utilise face à des patients inobservants aux

conseils oraux (Médecin 11) : « *J'ai inscrit en dessous des médicaments : faire 15 minutes de marche par jour* » (Médecin 11).

L'idée générale est de réitérer de manière régulière « *des conseils simples et bienveillants d'activité physique* » (Médecin 12). Les médecins de l'échantillon prennent modèle sur le « conseil minimal » du tabac : « *Je vais faire comme le tabac, je vais lui rappeler à chaque fois* » (Médecin 2).

Les conseils d'activité physique sont adaptés au patient et à son mode de vie. L'activité physique proposée doit être « *acceptable, acceptée et souhaitée par le patient pour avoir des modifications de vie qui soient durables. Puisque l'activité physique, c'est efficace que si on la continue* » (Médecin 3). Les médecins mettent l'accent sur la connaissance du patient pour pouvoir proposer une activité physique adaptée : « *Faut quand même s'intéresser à comment vivent les gens. Parce que dire, faut aller marcher si quelqu'un a une arthrose de hanche par exemple, ça va pas être terrible. Euh dire, faut aller faire de la piscine si c'est quelqu'un qui a la trouille de la flotte, ça ne va pas non plus être très pertinent. Par contre si on sait que c'est quelqu'un qui aime beaucoup le jardinage, qui aime promener son chien voilà ça peut aussi être quelque chose qui ...* » (Médecin 3). « *J'essaie de trouver avec lui un point d'intérêt, c'est quelqu'un qui déteste le sport, qui n'a aucun intérêt pour l'activité physique, donc j'essaie de trouver avec lui des points qui pourraient le motiver* » (Médecin 9).

2.2. Conseil oral / Prescription écrite

L'échantillon de médecins généralistes est très partagé concernant l'utilisation d'une prescription écrite d'activité physique en soins primaires.

2.2.1. Vers une prescription écrite d'activité physique ?

a) Une valorisation de l'activité physique

Pour certains, la prescription écrite valoriserait l'activité physique au même titre que les médicaments : « *Du coup ça met au même niveau que les traitements médicamenteux. Et donc montrer au patient que pour nous ça a une importance équivalente quoi* » (Médecin 5). « *Les paroles s'envolent, les écrits restent* » (Médecin 10). L'écriture sur ordonnance aurait plus d'impact, plus de valeur qu'un simple conseil oral : « *Tu peux lui dire mais si tu lui notes, j'ai l'impression moi qu'il va plus s'y fier et s'y mettre. Le fait de l'écrire ça prend quand même plus d'importance* » (Médecin 2). « *Je pense que c'est bien, ça permettrait de cadrer un peu les choses. Parce qu'au même titre que le diabétique prend sa metformine matin, midi, soir, ça permettrait de dire bah oui j'ai fait mon activité physique comme c'est prescrit, comme ça, comme ça, comme ça, dans tel cadre, éventuellement à telle fréquence cardiaque cible* » (Médecin 12).

b) Un outil face aux sédentaires résistants aux conseils

Ils y voient surtout un outil supplémentaire : « *Je trouve que c'est un outil en plus pour nous aider, pour les aider* » (Médecin 4). Cet outil « *peut induire l'idée du mouvement* » (Médecin 10) chez des patients résistants aux conseils. « *Si je lui en parle et que je vois qu'il n'est pas réceptif du tout, que je refais son ordonnance, je vais peut-être marquer en dessous : marcher 15 minutes par jour ou un truc comme ça. Je vais quand même laisser une trace en*

fait en espérant que sur le moyen ou long terme ça va progressivement, il va se détendre la dessus » (Médecin 7). L'ordonnance permettrait de laisser une trace, d'avoir une temporalité plus importante par rapport à un simple conseil oral. « Je l'ai écrit car j'avais l'impression que oralement il n'écoutait pas vraiment et le fait de l'écrire sur l'ordonnance où il y a les médicaments, on lui répète, quand il va à la pharmacie c'est re-noté et comme de temps en temps s'il peut regarder l'ordonnance c'est re-noté et puis je pense qu'une fois que c'est noté ça fait partie de la prescription » (Médecin 11).

2.2.2. Le conseil oral privilégié par les médecins généralistes sensibilisés

a) Plus adapté à la pratique quotidienne

Pour d'autres, les conseils oraux d'activité physique semblent plus simples, plus pratiques et plus personnalisables dans la pratique quotidienne. La discussion permettrait de mieux adapter, d'échanger en fonction des possibilités, des envies et des difficultés des patients. *« J'avais plutôt l'impression que fallait peut être plus se concentrer sur la discussion avec le patient et voir en se centrant sur lui. Euh ces préférences. Ça me paraissait plus pertinent sur ce que peut faire un patient en partant de ses habitudes que de faire une prescription écrite » (Médecin 3). La prescription écrite ne serait pas assez personnalisable : « On ne peut pas avoir une attitude standardisée procédurale, reproductible qui vaut pour tout le monde » (Médecin 9).*

Elle manquerait de souplesse : *« Ça fait un peu directif, ça fait un peu prof quoi » (Médecin 8). « Moi je ne suis pas très protocole parce qu'en médecine générale on est souple en fait » (Médecin 4).*

La prescription écrite serait difficile à matérialiser : « *Pour le moment, je ne sais pas du tout comment la mettre en œuvre* » (Médecin 10). « *Pour l'instant, ça reste un peu abstrait* » (Médecin 12).

Elle serait également plus « *chronophage* » (Médecin 12) qu'un conseil oral.

La prescription écrite d'activité physique n'est tout simplement pas ancrée dans les habitudes des médecins généralistes.

b) Sédentarité : un problème non médical

Pour certains, la sédentarité ne serait pas un problème médical. En ce sens, l'activité physique correspondrait plus à un conseil du médecin qu'à une réelle prescription : « *La prescription classique c'est quand même un médicament, il va quand même se dire j'en ai besoin ... (alors que la prescription d'activité physique sur ordonnance) là, il y a quand même une certaine proportion de ces patients qui va prendre ça pour du vent* » (Médecin 6). La prescription écrite sur ordonnance serait donc réservée aux médicaments.

Le manque d'activité physique relèverait plus d'une responsabilité personnelle que médicale : « *C'est quelque chose que pour l'instant moi je ne médicalise pas* » (Médecin 12). Le rôle du médecin serait limité à gérer uniquement les conséquences de ce mode de vie sédentaire : « *La tension, le diabète c'est un petit peu plus entre mes mains quoi, je fais les prescriptions, tout ça je le contrôle, l'hba1c je la contrôle, je peux augmenter les doses ...* » (Médecin 6). Les médecins soulignent que le patient est l'acteur principal d'un changement d'habitude de vie. Le médecin peut « *aider, soutenir, encourager des gens qui seraient un peu indécis, qui*

seraient preneurs d'essais » (Médecin 9) mais n'aurait finalement que peu d'emprise sur l'activité physique des patients. « *Que fait le médecin ? Là, on voit bien le patient est fumeur, diabétique, artéritique, coronarien, le patient fait rien, le médecin fait rien ! Bah cette personne-là, elle est libre de faire ce qu'elle veut et je n'ai pas à juger de ça* » (Médecin 9).

c) Efficacité à long terme de la prescription écrite ?

Certains émettent des réserves sur l'efficacité à long terme de cette ordonnance et se méfient d'« *un phénomène de mode* » (Médecin 12). Plusieurs médecins rappellent l'efficacité du conseil minimal pour le tabac et utilisent ce modèle pour l'activité physique. « *Je pense que rien que de poser la question, ça marche quoi. C'est le conseil bref en médecine générale qui a un impact et une validité* » (Médecin 1).

2.3. Quelle activité physique ?

Il n'y a pas d'activité physique préférentielle : « *L'important, c'est de bouger* » (Médecin 7), « *Qu'importe l'activité physique* » (Médecin 5). Tous les médecins s'accordent à dire que l'activité physique doit être adaptée à chacun en fonction des habitudes de vie, des envies, des possibilités du patient : « *J'essaie toujours de m'intéresser à ses habitudes pour essayer de négocier avec lui les efforts qu'il est prêt à faire* » (Médecin 9).

L'activité proposée par les médecins est « *la marche principalement. C'est l'activité physique la plus simple, à la portée de tous* » (Médecin 7) mais « *Je leurs laisse faire ce qu'ils ont envie de faire déjà* » (Médecin 4).

La majorité des médecins conseille des activités du quotidien, des activités qui « s'intègrent dans la vie de tous les jours en fait » (Médecin 3). « Je crois beaucoup en la récupération d'activité quotidienne mais dans les petits trucs de la vie courante » (Médecin 1) : « aller chercher le pain à pied », « prendre l'escalier », « se garer plus loin sur le parking », « se balader avec sa femme », « jardiner », « promener son chien », « faire ses courses à pied », « aller chercher ses petits enfants à l'école »... (Médecins 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12). « On ne peut changer les habitudes que si les habitudes peuvent être changées, c'est à dire que si ça correspond à une réalité quoi, si on leur demande à quelqu'un qui ne fait rien de venir en short et de faire alors que ... déjà faut faire ce qui est réalisable » (Médecin 8).

2.4. Quelle quantité ?

La majorité de l'échantillon ne fixe pas d'objectif quantitatif pour ne pas fixer un objectif trop haut ou jugé irréalisable par le patient : « Je préfère toujours essayer de m'adapter aux possibilités du patient plutôt que de lui fixer un objectif qui peut lui sembler inatteignable » (Médecin 3). « L'idée générale, c'est step by step » (Médecin 1) c'est à dire de partir du niveau d'activité physique des patients pour l'augmenter progressivement. Ainsi, les médecins ne conseillent pas en fonction des recommandations mais en fonction de ce qu'ils pensent réalisable par leurs patients.

Les recommandations des 30 minutes de marche par jour sont considérées par les médecins comme un objectif idéal. Les doses recommandées par les médecins sont néanmoins plus modestes. « Il vaut mieux leurs conseiller de démarrer petit sachant que ça a un bénéfice de toute façon plutôt que de leurs annoncer un objectif qu'ils ne réaliseront pas » (Médecin 7). Ils semblent s'accorder à 15 minutes par jour d'activité physique modérée (Médecins 1, 2, 4,

5, 7, 10, 12). « *Je lui recommande d'essayer d'avoir une activité physique modérée 15 minutes par jour* » (Médecin 7).

Les médecins rejoignent les recommandations sur le fait de pratiquer une activité physique modérée et régulière, tous les jours voire trois fois par semaine plutôt qu'une fois par semaine à plus haute intensité.

2.5. Quelle structure ?

Les médecins connaissent bien les différents clubs et associations sportives de leur environnement (clubs de marche, gymnastique douce, clubs de sport). A contrario, ils n'orientent que très peu les patients vers ces structures soulignant que cela relève plus d'une « *démarche personnelle de patients plutôt peu sédentaires* » (Médecin 3). Ces structures ne sont pas mises en avant pour l'activité physique en elle-même mais plutôt pour favoriser le lien social, la motivation, et l'observance. Le fait de pratiquer une activité physique à plusieurs est considéré comme un élément facilitant une pratique régulière et durable.

Les médecins semblent connaître des structures sport-santé proposant des activités physiques adaptées et encadrées, essentiellement au sein de réseau diabète ou obésité. Ils semblent néanmoins réticents à adresser leurs patients vers ces structures. Ils perçoivent ce coaching comme inefficace sur le long terme. Il serait trop éloigné des habitudes de vie des patients : « *C'est quelque chose qu'on plaque sur la vie du patient et qui n'est pas son mode de vie* » (Médecin 1). Ils font la remarque « *que souvent dans les réseaux vont les patients qui sont déjà plutôt bien suivis, euh qui sont déjà des patients peut-être un petit peu inquiets, donc en terme d'amélioration de la santé de la population en général je ne suis pas sûr que ça soit très pertinent* » (Médecin 3).

2.6. Quels outils ?

Aucun médecin de l'échantillon n'utilise d'outils de prescription d'activité physique dans sa pratique habituelle. Quelques-uns ont déjà distribué une brochure sur l'activité physique (Médecins 4, 10, 11). D'autres ont déjà recommandé l'utilisation d'un podomètre, d'une console de jeux ou d'application sur smartphone (podomètre) (Médecins 10, 11). Un médecin a évoqué l'idée de programmer une prescription écrite d'activité physique dans son logiciel informatique (Médecin 2).

3. La représentation de l'activité physique des médecins généralistes sportifs

Les représentations de l'activité physique des médecins sensibilisés, ainsi que leurs pratiques apparaissent homogènes pour la majeure partie de l'échantillon. Néanmoins, nous avons remarqué que les médecins les plus sportifs (Médecins 4, 5, 8 et 10) ont une représentation et des attitudes différentes vis-à-vis de leurs patients sédentaires. Ces quatre médecins se distinguent du reste de l'échantillon par leur niveau élevé d'activité physique. Les médecins 4 et 5 exercent un sport en compétition à haut niveau, le médecin 8 a exercé un sport en compétition à haut niveau et le médecin 10 a une pratique sportive quotidienne.

3.1. Médecins sportifs / Patients sédentaires : une représentation bien différente de l'activité physique

La représentation de l'activité physique de ces quatre médecins très sportifs semble être très éloignée de celle des patients sédentaires. Ils voient l'activité physique simple, facile et à la portée de tous : « *Tout le monde peut marcher 30 minutes par jour, enfin ça, ce n'est pas un problème quoi* » (Médecin 8). « *La sédentarité... je pense que c'est le truc le plus facile à modifier* » (Médecin 4). Ils ne semblent pas comprendre les difficultés de leurs patients à

pratiquer une activité physique puisqu'eux même le font : « *Moi je dis, je le fais bien moi ! Rires voilà. Donc il n'a pas le choix* » (Médecin 10). L'activité physique est pour eux une source de plaisir : « *C'est quelque chose que j'aime, que je ne me laisse pas aller, voilà quoi* » (Médecin 10). Cette représentation de l'activité physique pourrait expliquer des pratiques différentes dans la prise en charge des patients sédentaires.

3.2. Des médecins très sportifs très investis

Ces médecins très sportifs semblent avoir un investissement personnel plus important vis-à-vis de la sédentarité : « *Je suis au taquet dans le sens que je suis au courant après effectivement oui je crois qu'il faut faire bouger les gens, c'est ce que j'essaie de faire* » (Médecin 8). « *La sédentarité, personnellement c'est le truc qui me pose le plus de problème en tant que ... si je me mettais à sa place, enfin avec ... ma pratique quotidienne* » (Médecin 4). Certains médecins évoquent même la sédentarité comme un objet de lutte contre lequel il faut se battre : « *j'attaque* », « *je réattaque* », « *je monte d'un cran* », « *je ne lâche pas* », « *je le mets en garde* ». Ils semblent avoir une grande motivation pour cette prise en charge.

Le médecin 5 s'imagine même « *coach sportif - médecin* » (Médecin 5) : « *Je m'étais dit qu'en tant que médecin généraliste... que je pourrais ... essayer de créer ... des groupes en fonction de l'âge et des capacités et puis de leurs proposer au départ avec moi ... soit une marche, soit une course ...* » (Médecin 5).

3.3. Des médecins très sportifs peu tolérants

Ces médecins semblent moins tolérants et moins bienveillants vis-à-vis des patients sédentaires. « *Je monte d'un cran, je les engueule, je leur dis euh voilà dans cinq ans vous*

êtes mort » (Médecin 8). « Bah s'il veut en finir, je lui dis, bah il n'a qu'à continuer comme ça » (Médecin 10). Ils semblent également moins patients : « Nan mais, c'est vrai que de temps en temps ça m'arrive, pas de m'énerver mais ... de lui dire, voilà » (Médecin 5).

Nous avons retrouvé dans leurs entretiens des termes péjoratifs et des jugements de valeur. Le patient sédentaire serait « un feignant » (Médecin 8), « complètement buté » (Médecin 4), « assisté » (Médecin 8 et 10), qui n'aurait aucune volonté : « Il y a des gens qui sont motivés et il y en a d'autres qui sont pas motivés voilà quoi. Il y a des travailleurs et il y a des feignants. Et il y a des feignants c'est des gros feignants, et les gros feignants, ils sont assistés » (Médecin 8). « Les gens sont gros parce qu'ils bouffent trop et qu'ils marchent pas assez hein... Rires » (Médecin 8).

3.4. Vers un assistanat des patients sédentaires

Pour certains de ces médecins, la prescription écrite qui permettrait à l'avenir des activités physiques encadrées aux patients sédentaires constitue « un assistanat » : « Alors si on extrapole, ils auront le droit, selon certains critères, à tant d'heures d'activité physique remboursées par la secu. Peut-être que c'est l'avenir mais je trouve ça vachement couillon quand même car il suffit tout simplement de faire gaf, d'avoir une activité physique régulière de la vie quotidienne. Enfin ce n'est pas ... » (Médecin 8). « Les gens, ils ne marchent pas et en plus il faudrait pratiquement les emmener, les emmener en voiture dans la salle de sport et après ils reviennent. On est dans l'assistanat quoi » (Médecin 8). Ce terme d'assistanat a été retrouvé dans deux entretiens (Médecins 8, 10).

4. Le suivi motivationnel des patients sédentaires à risque cardiovasculaire

4.1. Pas de suivi formalisé

Les médecins de l'échantillon ne prévoient pas de suivi particulier pour l'activité physique. Ils l'intègrent dans le suivi habituel des patients. Les patients à risque cardiovasculaire voient, en général, le médecin tous les 3 mois pour le renouvellement. Le suivi de l'activité physique se fait donc à cette occasion.

4.2. Activité physique / Médicament

Les médecins de l'échantillon mettent en avant l'activité physique et plus largement les règles d'hygiène de vie auprès de leurs patients sédentaires à risque cardiovasculaire. Ils leur rappellent aussi souvent que possible que l'activité physique « *c'est le premier traitement et le traitement quelque soit l'évolution de leur problème de santé* » (Médecin 5). Ils soulignent l'efficacité d'une activité physique modérée et régulière par rapport aux traitements médicamenteux : « *Faire de l'activité physique ... ça équivaut à un médicament* » (Médecin 3), « *On sait que c'est aussi efficace de bouger que de prendre un médicament en plus pour le diabète* » (Médecin 3).

Les médecins utilisent l'activité physique comme une alternative aux médicaments. « *On pourrait peut-être diminuer les traitements si vous faisiez plus d'activités* » (Médecin 9), « *Ça évite l'escalade médicamenteuse* » (Médecin 2), « *On va retarder l'instauration d'un traitement* » (Médecin 12). Ils soulignent le poids de cet argument vis-à-vis de patients sédentaires à risque cardiovasculaire trop souvent polymédiqués. « *Les médicaments prennent une place souvent importante qui va à l'inverse de l'activité physique demandée* » (Médecin 8).

4.3. Leviers motivationnels

L'idée est de mettre en avant les arguments qui ont le plus de sens pour chaque patient. L'activité physique va permettre pour certains : « *de perdre du poids* », « *de diminuer des douleurs articulaires* », « *d'avoir un meilleur moral* », « *de faire des rencontres* » (Médecins 5, 6, 7, 12), ou bien encore « *de profiter d'une retraite longue* » (Médecin 9) pour d'autres. Les médecins personnalisent leurs discours et essaient de trouver le levier motivationnel le plus adapté en fonction de chaque patient.

Les médecins estiment que les patients connaissent suffisamment bien les risques de leur comportement sédentaire. L'information des risques est résumée aux évènements marquants et parlants pour le patient comme la mort, l'accident vasculaire cérébral (AVC) et l'infarctus. Le ton de cette information est lui aussi adapté au patient. Il peut être plus ou moins alarmant, plus ou moins directif : « *Je l'ai informé que d'être sédentaire, c'est un facteur de risque* » (Médecin 2), « *S'il veut en finir, je lui dis, bah il n'a qu'à continuer comme ça* » (Médecin 10).

Les médecins essaient de valoriser les efforts en s'appuyant sur des données parlantes pour le patient. Une baisse de l'HbA1C, du cholestérol, une perte de poids, une augmentation du périmètre de marche, une diminution d'une dyspnée d'effort, la stabilisation d'un diabète... peuvent servir de source de motivation. « *Je vais plutôt dans la valorisation des efforts en disant bah vous voyez vous avez fait des efforts et les efforts payent puisque vous avez augmenté votre périmètre de marche et votre artérite va plutôt mieux* » (Médecin 3). « *Vous voyez on n'a pas changé votre traitement médicamenteux mais vous avez marché un petit peu plus et votre prise de sang montre que votre hémoglobine glyquée a baissé* » (Médecin 3).

5. Solutions face aux patients qui restent sédentaires

Face à des patients restant sédentaires, la majorité de l'échantillon continue à suivre les patients avec une attitude tolérante : « *Je continue de le suivre, moi je ne lâche pas, j'essaie de partir de là où il en est, de tolérer là où il en est et de le prendre comme il est quoi. Mais en tout cas sans le culpabiliser ou lui dire que je ne veux plus le voir* » (Médecin 9). Même si quelques médecins soulignent un agacement vis-à-vis de cette situation, la plupart déclare ne pas avoir une attitude plus ferme ou plus agressive. « *Il faut arrêter de vouloir pour l'autre* » (Médecin 9). « *Parce que le côté la science qui s'adresse à l'autre ça ne marche pas ça sur du long terme* » (Médecin 10). « *Il est libre de faire ce qu'il veut, je n'ai pas à juger de ça* » (Médecin 6). « *J'essaie de ne pas être paternaliste ni culpabilisant* » (Médecin 9).

Nous n'avons pas retrouvé de situation d'impasse ou de difficulté majeure chez les médecins sensibilisés à l'activité physique face à leurs patients sédentaires : « *Euh il y a beaucoup d'échecs, quand même hein rire ce n'est pas... Allez, je dirais quand même un sur trois que j'ai réussi mais y a beaucoup d'échecs. C'est pas mal, je dirais ça quand même* » (Médecin 10). « *Après petit à petit, on y arrive* » (Médecin 8).

Face à des patients inobservants, les médecins de l'étude mettent en place plusieurs stratégies :

Etre patient, les médecins sont conscients que les changements d'habitude de vie prennent du temps, beaucoup de temps. L'idée est de laisser le temps au patient, sans le brusquer et de relancer régulièrement. « *Je le revois tous les trois mois, je vais lui laisser parfois une consultation sans en parler pour le laisser mûrir* » (Médecin 1). « *Je laisse passer une ou deux consultations et je ré attaque* » (Médecin 4).

Responsabiliser le patient : « *Je les laisse assez responsables, moi je suis pour la responsabilisation du patient* » (Médecin 10). L'acteur principal reste le patient et non le médecin. « *Personne ne va être sensible à ce qu'on va lui dire qu'il faut qu'il fasse, il faut que ça vienne de lui* » (Médecin 9). « *Je leur dis la condition du bonheur, c'est être acteur de sa vie* » (Médecin 8).

Faire peur : « *Si vous ne marchez pas, si vous ne bougez pas et bah vous ferez un infarctus dans les 5 à 10 ans voilà* » (Médecin 8).

Fixer des objectifs plus bas. « *On va essayer de fixer des objectifs un peu moins exigeants* » (Médecin 9). Chez des patients très sédentaires avec beaucoup de freins à l'activité physique, l'objectif n'est plus de vouloir augmenter leur activité physique mais de « *limiter tant que possible leur sédentarité* » (Médecin 11).

« *Passer la main à d'autres confrères ... je pense que ça permet d'attaquer sous un autre angle* » (Médecin 1). Les médecins soulignent que ces patients chroniques sont amenés fréquemment à voir le médecin généraliste, des remplaçants, des internes, le cardiologue, l'endocrinologue etc... « *Peut-être qu'en entendant d'autres discours convergents, ils vont prendre conscience un peu de certaines choses* » (Médecin 9).

Fixer d'autres priorités. Le but du médecin chez ces patients est de limiter un maximum les risques. « *Si je vois que ça ne bouge pas, j'essaie de jouer sur les autres facteurs de risque* » (Médecin 6). Le tabac reste la première préoccupation de tous les médecins avant même la sédentarité. « *S'il ne veut pas bouger, je me dis déjà on peut essayer de lui faire arrêter le tabac* » (Médecin 3).

Comprendre les raisons. « *Je pense précisément que les gens qui prennent des risques inconsidérés comme ça sont des gens plutôt fragiles qui n'ont pas explorés encore leur domaine de fragilité, donc voilà. J'essaie d'explorer ça avec eux* » (Médecin 9). Certains médecins recherchent un syndrome dépressif (Médecin 11).

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

L'objectif de cette thèse est d'explorer les pratiques de médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique pour la santé face à la sédentarité de leurs patients à risque cardiovasculaire. Nous pensons que leurs expériences peuvent apporter des pistes de réflexion sur la prise en charge des sédentaires en soins primaires. Hors notre échantillon est constitué majoritairement de médecins du sport (8/12). Nous pouvons penser que ces médecins soient peu confrontés à des patients à risque cardiovasculaire. Pour limiter ce biais, nous avons inclus uniquement des médecins généralistes ayant une activité principale de médecine générale.

L'échantillon est déséquilibré avec un ratio de deux femmes pour dix hommes. Nous avons rencontré quelques difficultés pour recruter des médecins généralistes volontaires de sexe féminin et répondant à nos critères.

Les entretiens semi structurés ont été réalisés par un investigateur novice à la technique d'entretien qualitatif ce qui peut induire des biais d'investigation. L'investigateur est lui-même sportif et sensibilisé par la médecine du sport ce qui peut introduire des biais d'interprétation.

2. Une approche centrée sur le patient plutôt que des outils standardisés

2.1. Le choix de ne pas suivre les recommandations

Notre étude montre que les médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique sont très attachés aux conseils oraux, au repérage basé sur la connaissance du patient, à une estimation « à la louche » du niveau d'activité physique, à une recommandation de 15 minutes par jour d'activité physique modérée voire une simple limitation des activités sédentaires chez leurs patients à risque cardiovasculaire. Ils n'utilisent aucuns outils de repérage, de prescription, d'évaluation ou de suivi de l'activité physique. Nous retrouvons ces même résultats chez des médecins généralistes du Maine et Loire, d'Ile et Vilaine et des Pays de la Loire (28, 44, 45, 46). Les pratiques des médecins généralistes sensibilisés ou non à l'activité physique sont donc très éloignées des recommandations et de ce qui est actuellement préconisé (1, 2, 8, 47, 48). L'enquête de C. Guerin (28) et la thèse de N. Ballay (44) expliquaient ces pratiques par un manque de connaissance des recommandations et des nouveaux outils de prescription d'activité physique chez les médecins généralistes. Hors, les médecins de notre étude sont sensibilisés à l'activité physique, majoritairement médecins du sport et physiquement actifs. Ils connaissent tous très bien les recommandations ainsi que ces nouveaux outils de prescription (questionnaire, prescription écrite, podomètre, structure d'activité physique adaptée...). Notre étude montre que les médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique pour la santé font le choix de ne pas appliquer les recommandations. Ils jugent ces recommandations et ces nouvelles pratiques inadaptées en soins primaires. Elles ne correspondraient pas à leurs modes d'exercice et ne seraient pas assez personnalisables. Ils préfèrent une pratique centrée sur le patient.

De plus, les médecins de l'étude restent dubitatifs concernant l'efficacité de ces outils sur le long terme. En effet, plusieurs revues de la littérature soulignent que l'efficacité de ces nouvelles pratiques n'est pas toujours établie au-delà d'un an (19, 30, 31, 32). L'étude PEPPER (49) est actuellement en cours sur Angers afin de valider l'utilisation de la prescription écrite personnalisée avec podomètre chez des patients à risque cardiovasculaire sur une période d'un an.

2.2. Une pratique centrée sur le patient

2.2.1. Le repérage de la sédentarité

Le repérage de la sédentarité apparaît indispensable pour les médecins de notre étude. Les médecins généralistes sensibilisés déclarent tous repérer fréquemment le niveau d'activité physique chez chacun de leurs patients. Il apparaît donc que les médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique pour la santé soient plus actifs sur le repérage de la sédentarité. En effet, seulement 60 % des médecins généralistes des Pays de la Loire (46) et seulement 46 % des médecins généralistes d'Ile et Vilaine (28) aborderaient régulièrement le sujet de l'activité physique avec leurs patients.

La connaissance du mode de vie du patient constitue un excellent moyen de repérage de la sédentarité. Il se fait très souvent hors du cadre de la consultation. Le métier exercé est également un critère de repérage important. Ce critère semble pertinent puisque l'activité physique liée au travail représente à elle seule presque 50 % des activités physiques des français devant les activités de déplacement puis de loisir (4). Dans l'étude de N. Ballay (44), les médecins généralistes du Maine et Loire considéraient les activités de loisirs et les déplacements plus adaptées pour juger du niveau d'activité physique de leurs patients.

2.2.2. La quantité d'activité physique

L'activité physique préconisée aux patients sédentaires à risque cardiovasculaire est inférieure aux recommandations générales. L'objectif des 30 minutes par jour d'activité physique modérée est très souvent abaissé à 15 min par jour. Il se limite parfois même à réduire les activités sédentaires. Une étude de cohorte chez 416 175 patients a démontré qu'à 15 minutes par jour d'activité physique modérée, on obtenait une réduction du risque de mortalité toute cause confondue de 14 % et un gain de 3 ans d'espérance de vie par rapport à un groupe inactif (21). Nous pouvons penser que des objectifs plus bas peuvent améliorer l'observance des patients tout en conservant un certain bénéfice pour leur santé (1, 15, 21, 34, 35, 36).

2.2.3. Le type d'activité physique

Les médecins de l'échantillon privilégient la marche. Elle constitue une activité simple à incorporer au sein des activités de la vie quotidienne des patients. Ces résultats sont similaires à d'autres travaux (28, 44, 45) et concordent avec ce qui est préconisé (1, 14, 47, 48).

3. Peu de difficultés des médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique

La littérature est très riche concernant les difficultés des médecins généralistes à promouvoir une activité physique régulière chez leurs patients. Les freins retrouvés chez les médecins sont très nombreux (8, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29). Alors que nous avons retrouvé des pratiques similaires chez les médecins généralistes sensibilisés ou non à l'activité physique, nous n'avons pas retrouvé de situations vécues comme des échecs ou d'impasses chez les médecins de l'étude. Les discours des médecins sensibilisés restent très positifs concernant

leurs expériences de prise en charge de la sédentarité, même s'ils reconnaissent une prise en charge longue.

Selon une enquête auprès des médecins généralistes des Pays de la Loire, les médecins formés à l'activité physique pour la santé se sentiraient plus efficaces pour améliorer le comportement de leurs patients en matière d'activité physique (46).

Les médecins sensibilisés à l'activité physique pour la santé semblent donc avoir plus de ressources vis-à-vis des patients sédentaires. Ils semblent être plus actifs sur le repérage, plus pertinents dans la proposition d'une activité physique personnalisée, plus motivés dans le suivi et de manière générale plus investis par rapport aux médecins généralistes (28, 44, 45, 46).

4. Des médecins sportifs pour des patients sédentaires ?

Notre hypothèse initiale était que des médecins généralistes sensibilisés et formés à l'activité physique pour la santé étaient plus aptes et compétents face à la sédentarité de leurs patients. Les médecins sensibilisés de notre échantillon sont physiquement actifs. Dix des douze médecins déclarent une activité physique conforme aux recommandations. Neuf déclarent une pratique sportive régulière. Deux font un sport en compétition à haut niveau. Un est un ancien sportif en compétition à haut niveau. Un pratique un sport quotidiennement. Plusieurs travaux de la littérature retrouvent que des médecins physiquement actifs conseillent mieux et plus fréquemment l'activité physique (28, 40, 41, 42, 46). Nous avons également remarqué que les médecins très sportifs étaient plus volontaires, plus investis. Néanmoins, ils semblent aussi moins bienveillants et moins

tolérants vis-à-vis des sédentaires. La représentation de l'activité physique des médecins très sportifs paraît très éloignée de celle des patients sédentaires. Ce qui semble expliquer le manque de compréhension de certains médecins sportifs vis-à-vis des difficultés de leurs patients à adopter une activité physique régulière.

CONCLUSION

Ce travail de thèse a permis d'explorer les pratiques de médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique pour la santé face à la sédentarité de leurs patients à risque cardiovasculaire. La prescription d'activité physique se fait presque exclusivement sous forme orale. Les conseils sont simples, personnalisés et répétés au sein du suivi habituel de médecine générale. La connaissance des habitudes de vie est essentielle pour repérer et adapter cette prescription. Chez les patients à haut risque cardiovasculaire, les médecins privilégient la marche intégrée au sein des activités de la vie quotidienne. L'objectif est de limiter au maximum la sédentarité et est bien souvent limité à 15 min d'activité physique modérée par jour. Le métier exercé constitue un bon élément de repérage de la sédentarité. Les médecins adaptent les leviers motivationnels en fonction de chaque patient. Les médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique pour la santé ne souhaitent pas utiliser les nouveaux outils de prescription de l'activité physique (prescription écrite, questionnaire de repérage, podomètre, réseau sport santé...). Jugés inadaptés en soins primaires, ils préfèrent une pratique centrée sur le patient. Les médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique semblent être plus actifs sur le repérage, plus pertinents dans la proposition d'une activité physique personnalisée, plus motivés dans le suivi. Les médecins très sportifs apparaissent également plus investis mais moins tolérants vis-à-vis de leurs patients sédentaires. Ces profils de médecins sportifs ou sensibilisés à l'activité physique semblent donc avoir plus de ressources mais sont-ils réellement plus efficaces pour augmenter l'activité physique de leurs patients sédentaires ?

BIBLIOGRAPHIE

1. INSERM. Activité physique - contextes et effets sur la santé - expertise collective. 2008.
2. OMS. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. 2010.
3. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2002 - Réduire les risques et promouvoir une vie saine. 2002.
4. INPES. Baromètre santé nutrition 2008. 2008.
5. INSERM-CEPIDC. Principales causes de décès en France en 2011.
6. DREES. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011. 2011.
7. Paffenbarger RS, Hyde RT, Wing AL, Lee I-M, Jung DL, Kampert JB. The Association of Changes in Physical-Activity Level and Other Lifestyle Characteristics with Mortality among Men. *New England Journal of Medicine*. 1993 Feb 25;328(8):538-45.
8. HAS rapport d'orientation. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. 2011.
9. HAS. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle - actualisation 2005 - Recommandations. 2005.
10. HAS, ANSM. Recommandation de bonne pratique - Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. 2013.
11. AFSSAPS. Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique - Recommandations. 2005.
12. HAS. Recommandation de bonne pratique - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2014.
13. HAS. Recommandation de bonne pratique - Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours - Recommandations pour la pratique clinique. 2011.

14. PNNS, Société Française de Nutrition. Activité physique et santé. Arguments scientifiques, pistes pratiques. [Internet]. 2006.
15. Haskell WL, Lee I-M, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007 Aug 28;116(9):1081-93.
16. Lee L-L, Watson MC, Mulvaney CA, Tsai C-C, Lo S-F. The effect of walking intervention on blood pressure control: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2010 Dec;47(12):1545-61.
17. Dossier Prescrire - Prévention cardio vasculaire - Promouvoir les activités physiques de loisir chez certains sujets à risque cardio vasculaire. *La revue Prescrire*. 1999 Nov;19(200):767-74.
18. Richardson cr, kriska am, lantz pm, hayward ra. Physical activity and mortality across cardiovascular disease risk groups. *Med sci sports exerc*. 2004 nov;36(11):1923-9.
19. Smith BJ. Promotion of physical activity in primary health care: update of the evidence on interventions. *J Sci Med Sport*. 2004 Apr;7(1 Suppl):67-73.
20. Robert G. Prescription de l'activité physique chez le patient présentant des risques de maladies cardiovasculaires. 2004 avril;39(4).
21. Wen CP, Wai JPM, Tsai MK, Yang YC, Cheng TYD, Lee M-C, et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *The Lancet*. 2011 Oct;378(9798):1244-53.
22. INPES. Baromètre santé médecins généralistes 2009 [Internet]. 2009.
23. Pellegrin N. Aide à la prescription d'activité physique : enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin. Lille; 2014.
24. Dorange A. Évaluation qualitative de la prescription d'activité physique régulière en soins primaires aux patients présentant au moins un facteur de risque cardio-vasculaire. Paris Est Creteil; 2013.

25. Selva J. Barrières à la pratique d'une activité physique régulière chez les patients adultes à risque cardio-vasculaire. Etude qualitative exploratoire des patients vus en médecine générale en France. [Internet]. Créteil (Paris XII); 2011.
26. InVS. Etude ENTRED 2007-2010. Résultats portant sur l'information et la démarche éducative dans ENTRED-métropole 2007-2010 [Internet]. 2011.
27. Faure A. Prescription de l'activité physique chez les adultes en surpoids. Analyse des freins en médecine générale. [Internet]. PARIS VI; 2011.
28. Gérin C, Guillemot P, Bayat M, André AM, Daniel V, Rochcongar P. Enquête auprès des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique. Science & Sports [Internet]. [cited 2015 Mar 22].
29. Petrella RJ, Wight D. An office-based instrument for exercise counseling and prescription in primary care. The Step Test Exercise Prescription (STEP). Arch Fam Med. 2000 Apr;9(4):339-44.
30. Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(1):CD003180.
31. Sørensen JB, Skovgaard T, Puggaard L. Exercise on prescription in general practice: A systematic review. Scand J Prim Health Care. 2006 Jan 1;24(2):69-74.
32. Lawlor DA, Hanratty B. The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations: a systematic review. J Public Health. 2001 Sep 1;23(3):219-26.
33. Kinmonth A-L, Wareham NJ, Hardeman W, Sutton S, Prevost AT, Fanshawe T, et al. Efficacy of a theory-based behavioural intervention to increase physical activity in an at-risk group in primary care (ProActive UK): a randomised trial. Lancet. 2008 Jan 5;371(9606):41-8.

34. Harland J, White M, Drinkwater C, Chinn D, Farr L, Howel D. The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. *BMJ*. 1999 Sep 25;319(7213):828–32.
35. Petrella RJ, Lattanzio CN. Does counseling help patients get active? Systematic review of the literature. *Can Fam Physician*. 2002 Jan;48:72–80.
36. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2003 Apr 12;326(7393):793.
37. Chakravarthy MV, Joyner MJ, Booth FW. An Obligation for Primary Care Physicians to Prescribe Physical Activity to Sedentary Patients to Reduce the Risk of Chronic Health Conditions. *Mayo Clinic Proceedings*. 2002 Feb;77(2):165–73.
38. Martin Borràs C, Giné Garriga M, Puig Ribera A, Martin C, Solà M, Cuesta A. Efficacité d'un programme d'activité physique adapté aux capacités du patient : un essai comparatif randomisé. *Exercer [Internet]*. 2011;22(95).
39. Weidinger KA, Lovegreen SL, Elliott MB, Hagood L, Haire-Joshu D, McGill JB, et al. How to make exercise counseling more effective: lessons from rural America. *J Fam Pract*. 2008 Jun;57(6):394–402.
40. Lobelo F, Duperly, J, Frank E. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. *Br J Sports Med*. 2009;(43):89–92.
41. Frank E, Bhat Schelbert K, Elon L. Exercise counseling and personal exercise habits of US women physicians. *J Am Med Womens Assoc*. 2003;(58):178–84.
42. Abramson S, Stein J, Schaufele M, Frates E, Rogan S. Personal exercise habits and counseling practices of primary care physicians : a national survey. *Clinical journal of sport medicine*. 2000;(10):40–8.

43. Frappé P. Initiation à la recherche - Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. 2011.
44. Ballay N. Etat des lieux de la prescription d'activité physique par les médecins généralistes du Maine et Loire [Internet]. 2014.
45. Lubin R. Représentation de l'activité physique et de sa prescription chez les médecins généralistes du Maine et Loire. Etude Qualitative par entretiens individuels. [Internet]. 2015.
46. ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. Promotion et prescription de l'activité physique : attitudes et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 2016;13. 8 p.
47. Bazex J, Pène P, Rivière D. Information - Les activités Physiques et sportives - la santé - la société [Internet]. 2012. 1429-1442 p. (Bull. Acad. Natle Med.; vol. 196).
48. PAPRICA. Promotion de l'activité physique au cabinet médical - Manuel de référence à l'intention des médecins [Internet]. 2009.
49. Missud D. Physical Exercise Prescription With PEdometeR in General Practice for Patients With Cardiovascular Risk Factors - The PEPPER Pragmatic Trial (PEPPER) [Internet]. Angers; 2016.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques des médecins interrogés (Sensibilité / Appétence / Formation, sexe, âge, milieu d'exercice, activité physique conforme aux recommandations, durée d'entretien)	10
---	----

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	
RESUME	2
INTRODUCTION	4
MÉTHODES	7
RÉSULTATS	11
1. Le repérage de la sédentarité chez les patients à risque cardiovasculaire..	11
1.1. Quand repérer ?.....	11
1.2. Comment repérer ?	12
1.2.1. Connaissance du patient.....	12
1.2.2. Interrogatoire simple	12
1.2.3. Outils de repérage	13
1.2.4. Autres critères de repérage	13
1.3. Comment évaluer le niveau d'activité physique ?.....	14
2. La prescription d'activité physique	14
2.1. Le format de la prescription	14
2.2. Conseil oral / Prescription écrite	16
2.2.1. Vers une prescription écrite d'activité physique ?	16
a) Une valorisation de l'activité physique	16
b) Un outil face aux sédentaires résistants aux conseils.....	16
2.2.2. Le conseil oral privilégié par les médecins généralistes sensibilisés	17
a) Plus adapté à la pratique quotidienne	17
b) Sédentarité : un problème non médical	18
c) Efficacité à long terme de la prescription écrite ?	19
2.3. Quelle activité physique ?	19
2.4. Quelle quantité ?.....	20
2.5. Quelle structure ?.....	21
2.6. Quels outils ?.....	22
3. La représentation de l'activité physique des médecins généralistes sportifs.....	22
3.1. Médecins sportifs / Patients sédentaires : une représentation bien différente de l'activité physique	22
3.2. Des médecins très sportifs très investis	23
3.3. Des médecins très sportifs peu tolérants	23
3.4. Vers un assistantat des patients sédentaires	24
4. Le suivi motivationnel des patients sédentaires à risque cardiovasculaire .	25
4.1. Pas de suivi formalisé	25
4.2. Activité physique / Médicament	25
4.3. Leviers motivationnels	26
5. Solutions face aux patients qui restent sédentaires	27
DISCUSSION	30
1. Discussion de la méthode	30
2. Une approche centrée sur le patient plutôt que des outils standardisés	31
2.1. Le choix de ne pas suivre les recommandations	31

2.2.	Une pratique centrée sur le patient	32
2.2.1.	Le repérage de la sédentarité	32
2.2.2.	La quantité d'activité physique.....	33
2.2.3.	Le type d'activité physique.	33
3.	Peu de difficultés des médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique	33
4.	Des médecins sportifs pour des patients sédentaires ?	34
	CONCLUSION	36
	BIBLIOGRAPHIE.....	37
	LISTE DES TABLEAUX.....	41
	TABLE DES MATIERES	42
	ANNEXE 1 GUIDE D' ENTRETIEN	I
	ANNEXE 2 CD ROM ENTRETIENS	III

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

1/ On va prendre l'exemple d'un de vos patients qui a de multiples facteurs de risque CV (ex = homme + 50 ans, diabétique, surpoids, hta, tabagique, dyslipidémique). Il vient vous voir en consultation pour renouvellement. Pouvez-vous me raconter cette consultation ?

- *Relance : Comment vous faites (interrogatoire, examen clinique, prescription) ?*
- *Relance : Qu'est-ce qui vous intéresse ? Qu'est-ce que vous recherchez ?*
- *Relance : Vous n'avez pas parlé de l'alimentation, de l'activité physique ?*
- *Relance : la place de l'alimentation, de l'activité physique, des médicaments ?*

2/ Chez ce patient, comment vous faites pour savoir s'il a suffisamment d'activité physique ? S'il est sédentaire ou pas ?

- *Relance : Qu'est-ce qui vous fait dire qu'il n'a pas assez d'AP ?*
- *Relance : Moyen de repérage de l'AP ? Outils ?*

3/ Concrètement, chez ce patient sédentaire qui a de multiples facteurs de risque CV, que faites-vous pour sa sédentarité ?

- *Relance : Qu'est-ce qu'on lui dit ? Prescrit ? conseil/prescrit ?*
- *Relance : Quelle AP ?, intensité ?, fréquence ?, exemples ?*
- *Relance : Objectifs AP ? Objectifs de santé ?*
- *Relance : Utilisation d'outils de prescription ?*
- *Relance : Ressources extérieures (cardio – réseau sport santé – kiné – hospitalier – centre sportif - éducateur) ?*

4/ Quel suivi ?

- *Relance : Suivi prévu ? Et comment ?*
- *Relance : Objectifs ?*
- *Relance : Outils ?*
- *Relance : Observance ?*

5/ Quelles sont les difficultés que vous avez personnellement rencontrées avec un patient sédentaire ?

- *Relance : Accueil du patient ?*
- *Relance : Comment vous faites avec un patient qui ne veut pas ?*
- *Relance : Comment on fait pour le motiver ?*

6/ Votre avis en quelques mots sur : (NB = si thèmes non abordés précédemment)

- *Les recommandations d'activité physique*
- *La prescription d'activité physique sur ordonnance*
- *Les structures « sport-santé » et l'activité physique adaptée proposée par ces structures*
- *Les nouveaux outils : questionnaire, prescription écrite, réseau sport santé, podomètre, brochure d'information etc*
- *Pistes pour améliorer la prise en charge des sédentaires*

ANNEXE 2 : CD ROM ENTRETIENS

Les pratiques de médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique pour la santé face à la sédentarité de leurs patients à risque cardiovasculaire. Etude qualitative.

RÉSUMÉ

Introduction - La sédentarité est aujourd'hui le quatrième facteur de risque de mortalité dans le monde. Elle favorise le développement des maladies cardiovasculaires et de leurs facteurs de risque. Les patients sédentaires à haut risque cardiovasculaire représentent un enjeu de santé public majeur. Alors qu'on assiste au développement de nouveaux modes de prescription de l'activité physique, les médecins généralistes éprouvent des difficultés à lutter contre la sédentarité de leurs patients. L'objectif de cette thèse est d'explorer les pratiques de médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique pour la santé face à la sédentarité de leurs patients à risque cardiovasculaire.

Matériels et Méthodes - Nous avons réalisé 12 entretiens qualitatifs, semi structurés auprès de médecins généralistes des Pays de la Loire entre octobre 2015 et février 2016. Nous avons inclus uniquement des médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique pour la santé (diplôme de médecine du sport, formation sport-santé, travaux, appétence, ou expérience dans ce domaine).

Résultats - La prescription d'activité physique se fait presque exclusivement sous forme orale. Les conseils sont simples, personnalisés et répétés au sein du suivi habituel de médecine générale. La connaissance des habitudes de vie est essentielle pour repérer et adapter cette prescription. Chez les patients à haut risque cardiovasculaire, les médecins privilégient la marche intégrée au sein des activités de la vie quotidienne. L'objectif est de limiter au maximum la sédentarité et est bien souvent limité à 15 min d'activité physique modérée par jour.

Discussion/Conclusion - Les médecins généralistes sensibilisés à l'activité physique pour la santé ne souhaitent pas utiliser les nouveaux outils de prescription de l'activité physique (prescription écrite, questionnaire de repérage, podomètre, réseau sport santé...). Jugés inadaptés en soins primaires, ils préfèrent une pratique centrée sur le patient. Ces médecins sensibilisés semblent avoir plus de ressources et apparaissent plus investis dans la prise en charge de la sédentarité de leurs patients à risque cardiovasculaire.

Mots-clés : Activité physique, sédentarité, facteurs de risque cardiovasculaire, médecins généralistes, pratiques, étude qualitative

Practices of general practitioners aware of physical activity for health to face of sedentary lifestyle of their patients with cardiovascular risk. Qualitative study.

ABSTRACT

Introduction - The sedentary lifestyle is today the fourth risk factor of mortality in the world. It favors the development of cardiovascular diseases and their risk factors. Sedentary patients with high cardiovascular risk represent a public health issue. While we are attending the development of new modes of physical activity prescription, general practitioners have difficulty to fight against sedentary lifestyle of their patients. The aim of this thesis is to explore practices of general practitioners aware of physical activity for health to face the sedentary lifestyle of their patients with cardiovascular risk.

Materials and Methods - We conducted 12 qualitative interviews, semi structured with general practitioners of Pays de la Loire between October 2015 and February 2016. We included only general practitioners aware of physical activity for health (qualification of sport medicine, sport health formation, work, appetite and experience in this domain).

Results - The prescription of physical activity is almost exclusively made under oral shape. Advices are simple, personalized and repeated in the usual follow - up of general medicine. The knowledge of lifestyle is essential to identify and adapt this prescription. In patients with high cardiovascular risks, doctors favor the walking integrated within activities of everyday life. Their objective is to limit at the most the sedentary and is often limited to 15 minutes of moderate physical activity per day.

Discussion/Conclusion - Doctors aware of physical activity for health don't wish to use the new tools of prescription of physical activity (written prescription, tracking questionnaire, pedometer, health sport network...). Considered inappropriate in primary care, they prefer a practice centered on the patient. These sensitized doctors seem to have more resources and appear more invested in the management of sedentary lifestyle of their patients with cardiovascular risk.

Keywords : Physical activity, sedentary lifestyle, cardiovascular risk factors, general practitioners, practices, qualitative study