

Master complémentaire en médecine générale

Travail de fin d'études

Les médecins généralistes dans le rôle de conseil d'activité physique chez les patients sédentaires : freins et pistes résolutives

Étude qualitative

Entretiens semi-dirigés de médecins du Tournaisis

Promoteur : Docteur Dominique Chevalier

Étudiant : Floriane Prévost

Année académique 2020-2021

*Je tiens à exprimer mes vifs remerciements pour l'aide, les conseils fournis
par le docteur Caroline Woestyn.*

*Je remercie également le docteur Ségolène de Rouffignac
pour sa disponibilité et les conseils prodigués pour le choix du sujet.*

*Mes remerciements s'adressent également à mon promoteur,
le docteur Dominique Chevalier et son épouse Christine Hugo.*

*À ma famille, Pauline, Eloïse, Murielle, Mélanie, Christophe et Delphine
pour votre soutien à l'élaboration de mon travail de fin d'études.*

*Je remercie également toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin,
à l'élaboration de ce travail.*

Résumé

Les médecins généralistes dans le rôle de conseil d'activité physique chez les patients sédentaires : freins et pistes résolutives

Contexte : La sédentarité est décrite par l'OMS comme le 4^e facteur de risque de mortalité. En Belgique, 56.3% de la population de 15 à 64 ans présentent un comportement sédentaire et 28,8 % des Belges courent un risque de santé en raison du manque d'activité physique. Seulement une personne sur deux déclare être encouragée par leur médecin à faire du sport. Dans la littérature existante, il a été annoncé que le taux de conseil reste faible.

Objectifs : Comprendre les limitations rencontrées par les médecins généralistes dans le conseil de l'activité physique auprès de patients sédentarisés. Détection de quelques pistes résolutives pour l'amélioration du taux de conseil.

Méthodologie : Une étude qualitative au moyen d'entretiens semi-dirigés a été menée. Une analyse par théorisation ancrée et une consultation de la littérature ont été appliquées pour répondre à l'objectif de l'étude.

Résultats : Neuf participants médecins généralistes ou assistants font partie de l'échantillon de l'étude. Divers freins en matière de conseil ont été évoqués. Des éléments liés aux médecins généralistes eux-mêmes : le manque de définition de sédentarité et de connaissance des recommandations, la paperasserie, le manque de temps et motivation, l'information et leur niveau d'activité physique. Des freins que les praticiens ont attribués aux patients : le financier, les habitudes, la motivation, le temps, les conditions physiques. Des freins externes : la météo, la multidisciplinarité, la responsabilité de la prescription notamment. Des pistes sont ressorties : l'entretien motivationnel, la centralité du médecin, le cadre collaboratif.

Conclusion : Il y a une interconnexion évidente entre les différents mécanismes de freins et un ordre de grandeur. Une seule méthode résolutive ne suffira pas à changer les habitudes.

Mots-clés : Médecins généralistes. Conseil. Activité physique. Sédentarité. Freins. Entretien motivationnel. Sport sur ordonnance. Modèle transthéorique de changement.

Table des matières

I.	Introduction	1
II.	Contexte	2
	1. Épidémiologie de la sédentarité	2
	1.1. Au niveau mondial	2
	1.2. Au niveau européen	2
	1.3. Au niveau belge et provincial	2
	2. Implications des recommandations d'activité physique en termes de santé individuelle et collective	3
	3. Choix du sujet de mémoire	4
III.	Étude qualitative	5
	1. Objectifs	5
	2. Matériel et méthodologie	5
	2.1. Type d'étude	5
	2.2. Revue de la littérature	5
	2.2.1. Chronologie de la recherche	5
	2.2.2. Moteurs de recherche	6
	2.2.3. MeSH terms	7
	2.3. Stratégie d'échantillonnage et taille de l'échantillon	7
	2.4. Les entretiens	8
	2.4.1. Type d'entretiens	8
	2.4.2. Méthodologie des entretiens	8
	2.5. Guide d'entretien	8
	2.6. Recueil des données	8
	2.7. Analyse des données	9
	3. Éthique	9
IV.	Résultats de l'étude qualitative	10
	1. Analyse descriptive de l'échantillon	10
	2. Résultats des entretiens	11
	2.1. Les freins aux conseils d'une activité physique	11
	2.1.1. Les freins liés aux médecins généralistes	11
	2.1.2. Les freins attribués aux patients	15
	2.1.3. Les freins externes à la consultation	18
	2.2. Les pistes résolutives	21
	2.3. Les conséquences espérées	24
V.	Discussion	25
	1. Biais de l'étude	25
	1.1. Biais de sélection	25
	1.2. Biais de temps	25
	1.3. Biais lié à la situation sanitaire	25
	1.4. Biais d'honnêteté	25
	1.5. Biais lié à l'entretien	25
	2. À propos des résultats	26

3. Qualité de l'étude -----	32
VI. Conclusion -----	33
Références bibliographiques -----	34
Annexes -----	36

I. Introduction

Durant mes trois années d'assistanat en médecine générale, j'ai observé qu'une grande majorité de mes patients étaient de plus en plus inactifs et sédentaires. Lors de discussions en séminaire avec mes confrères, ceux-ci m'ont confié avoir la même impression.

Après une recherche de littérature sur le sujet de la sédentarité, des chiffres d'une enquête menée par l'Institut de Sciensano en 2018 m'ont alarmée quant à l'urgence de la situation : « *Les activités sédentaires touchent plus de la moitié de la population active de 15-64 ans (soit 56,3%). Les Belges [...] passent presque 6 heures par jour à être assis ou couchés en période d'éveil* » [1].

Si l'on suit les recommandations de l'OMS¹, un adulte devrait « *en moyenne s'adonner à 150 minutes d'activité physique par semaine d'intensité modérée pour rester en bonne santé ou 75 minutes d'activité d'endurance soutenue* » [2].

Le rôle du médecin de famille ne se limite pas à du soin curatif. La WONCA² Europe expose, entre autres, des missions telles que la prise en charge dès les signes précurseurs des maladies, la promotion et l'éducation thérapeutique à la santé et une implication en matière de santé publique [3].

Dans mes recherches, je me suis aperçue que les médecins généralistes ne communiquent pas suffisamment des bénéfices de l'activité physique à leur patient [4]. Donc « *leur taux de conseil reste faible* » (Lobelo F et al.) [5]. Les preuves montrent que les conseils des médecins permettent une augmentation du niveau d'activité physique des patients [5].

Il m'a semblé utile d'identifier les facteurs limitants de ce manque de dialogue. Peu de données de type qualitatives existent sur le sujet. Je souhaite être au point de départ d'une réflexion auprès de mes confrères médecins et, par la même occasion, trouver quelques éléments de pistes résolutives afin d'améliorer le taux de conseil des médecins généralistes.

Pour tenter d'y répondre, j'ai effectué une étude qualitative menée avec des médecins généralistes de la région du Tournaisis. Tournai étant la ville voisine du cabinet de consultation dans lequel je professe.

¹ Organisation Mondiale de la Santé

² World Organization of National Colleges Academies

II. Contexte

1. Épidémiologie de la sédentarité

1.1. Au niveau mondial

La sédentarité est décrite par l'OMS comme « *le quatrième facteur de risque de mortalité. Le manque d'activité physique cause près de 3,2 millions de décès chaque année. [Ceci s'explique par] un accroissement des maladies chroniques dans la population sédentarisée : 21 à 25 % d'augmentation de la charge du cancer du sein et du côlon, 27 % de celle du diabète et environ 30 % de celle des maladies cardiaques ischémiques* » [2].

1.2. Au niveau européen

L'Europe n'échappe pas à la montée des comportements sédentaires, comme le montrent les relevés de l'étude de l'Eurobaromètre sur quinze années consécutives [6].

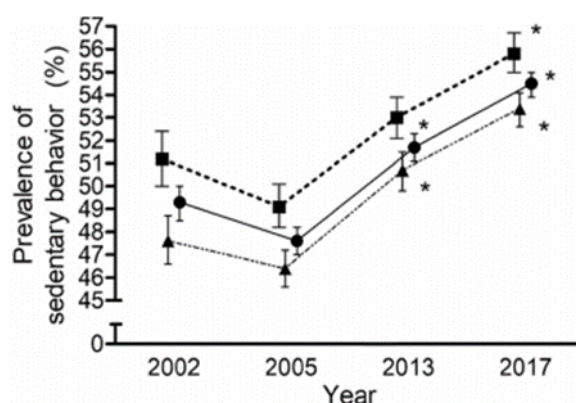


Figure 1 - Prévalence (%) des comportements sédentaires (> 4h30 min/jour) chez les adultes de l'Union européenne [6].

Une projection au-delà de 2017 laisse entrevoir une progression de la courbe.

En 2020, la crise sanitaire a contraint la population à adopter un rythme de vie plus sédentaire : moins de déplacements, d'activités extérieures et incitation au télétravail.

1.3. Au niveau belge et provincial

« En Belgique, 28,8 % de la population (de 15 ans et plus) court un risque de santé en raison du manque d'activité physique [...]. En Région wallonne, cette prévalence a significativement augmenté depuis 2013 » selon Sciensano [1]. L'une des explications de cette différence inter-régionale est que, en Flandres et à Bruxelles, l'utilisation du vélo ou des transports en commun pour se rendre sur son lieu de travail est beaucoup plus fréquente [1].

« *La proportion des personnes sédentaires en Hainaut est supérieure à celle observée en Belgique et en Wallonie* » selon l’observatoire de la Santé du Hainaut [7].

2. Implications des recommandations d’activité physique en termes de santé individuelle et collective

Un rapport d’expertise collective publié en 2019 par l’INSERM³ démontre que « *les bénéfices d’une pratique d’une activité physique [...] l’emportent sur les risques encourus, quels que soient l’âge et l’état de santé des personnes* » [8].

La prévention primaire constitue réellement un des piliers de la médecine générale. Dans ce sens, la balance bénéfice-risque penche en faveur d’une pratique sportive régulière, qui permet de réduire des multimorbidités précédemment décrites par l’OMS.

Le niveau de preuve scientifique des effets sur la santé de l’activité physique est de GRADE A. Dans un rapport de l’ANSES⁴ (Barthélémy et al.) [9], il a été établi que l’exercice physique :

- est inversement corrélé à la mortalité d’origine cardiovasculaire – jusqu’à moins 20 % de décès avec une faible activité physique ;
- permet un meilleur contrôle de l’hypertension artérielle ;
- améliore la qualité de vie des patients BPCO⁵ et diminue le risque d’exacerbations ;
- diminue le risque de surpoids, d’obésité et de comorbidités de l’obésité ;
- diminue l’incidence de diabète de type 2.

Cette liste ne désigne qu’une partie infime des effets protecteurs.

D’un point de vue biologique, l’exercice physique permet selon Grosclaude et Ziltener [10] :

- une augmentation de la sensibilité de l’insuline et un meilleur contrôle glycémique ;
- une diminution de l’agrégation plaquettaire qui, elle-même, réduit le risque d’athérosclérose ;
- une diminution de la protéine C-réactive (CRP) et donc de l’inflammation ;
- une amélioration du profil lipidique sanguin, avec notamment une montée des HDL-cholestérol.

³ Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

⁴ Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l’Alimentation, de l’Environnement et du Travail

⁵ Bronchopneumopathie chronique obstructive

3. Choix du sujet de mémoire

Un véritable enjeu pour notre système de soins de santé réside dans une éducation du patient pour l'adoption d'un comportement sain. Les auteurs Elley C R, Kerse N, Arroll B, Robinson E. publient en 2003 un essai contrôlé randomisé où le rôle du conseil d'exercice physique sur la santé des patients à long terme a été investigué. Le groupe ayant subi l'intervention a une mortalité abaissée à 30% en comparaison au groupe ayant gardé un comportement sédentaire [11].

Dans un article du *British Journal of General Practice*, on estime que « 72 % des médecins généralistes ne parlent pas assez des bienfaits de l'activité physique à leur patient [...] Un patient sur quatre serait plus actif physiquement si leur médecin généraliste les conseillait » [4]. Il est décrit que « 70 % de patients sont plus énergiques physiquement si leur médecin généraliste l'est également » [4]. On en déduit que ce dernier sert de modèle.

« En 2014, un jeune Belge sur deux [seulement] déclare être encouragé par son médecin à faire du sport » d'après l'Observatoire de la santé Hainaut [12]. Le conseil semble être une base pour la promotion de la santé. Cela se répercute également sur le taux d'adhésion à une activité sportive. Celui-ci est en moyenne de 60 % pour ceux ayant reçu un conseil, contre 42% pour ceux n'en n'ayant pas reçu [12].

C'est au vu du pouvoir d'impulsion du conseil des praticiens auprès de leurs patients que ma question de sujet s'est précisée afin de permettre une compréhension des obstacles à la promotion de l'activité physique. J'ai fait le choix personnel de mener cette étude auprès d'un échantillon de praticiens dans la ville de Tournai, car les villes hennuyères comptent davantage de personnes sédentaires que la Flandre ou Bruxelles (Observatoire de la santé Hainaut) [7].

III. Étude qualitative

1. Objectifs

L'hypothèse de départ, basée sur la littérature, est que si les médecins sont conscients de l'importance de l'activité physique pour la santé de leurs patients, ils ne mettent pas suffisamment en pratique ce volet conseil.

La question de ce mémoire s'est dès lors posée comme suit : « Comprendre les limitations rencontrées par les médecins du Tournaisis dans le conseil d'activité physique auprès de leurs patients sédentarisés et dégager des pistes de solutions pour améliorer le taux de conseil des praticiens ».

Ce travail a pour objectifs de mettre en lumière :

- les freins des médecins généralistes pour le conseil d'activité physique ;
- les freins que les médecins imputent à leurs patients bloquant de ce fait leur rôle de conseil, qu'il s'agisse d'obstacles physiques, motivationnels, financiers déjà reconnus par la littérature existante (Inserm) [8] ou d'un ordre encore méconnu ;
- des pistes de solutions proposées par les praticiens généralistes afin d'améliorer le taux de conseil.

Le tout est contextualisé dans une ville sise en Région wallonne : Tournai.

2. Matériel et méthodologie

2.1. Type d'étude

Le parti pris a été d'interroger des confrères médecins généralistes à propos d'un phénomène et de recueillir leurs impressions. La méthode qualitative a semblé être la démarche la plus adaptée pour obtenir les résultats escomptés.

2.2. Revue de la littérature

2.2.1. Chronologie de la recherche

En 2^e année de master, dans le courant du mois de mars 2020, un travail a servi d'ébauche à la recherche d'un sujet et celle d'articles en lien avec ce dernier.

La recherche littéraire s'est étendue sur une année. L'exploration des documents a été divisée en trois parties :

- le sujet de la sédentarité et de l'activité physique, l'épidémiologie, la recherche de la question du mémoire en début d'année 2020 ;
- les études qualitatives, les critères de validité, la méthodologie durant le premier trimestre de l'année 2021 ;
- la comparaison de la littérature avec les résultats obtenus aux entretiens tout au long de la recherche.

Une attention dans le choix des articles a été portée sur le fait qu'il s'agisse d'articles gratuits, en *full text*. L'année de publication devait être autant que possible après les années 2000. Des éléments de la littérature anglophone et francophone ont été sélectionnés.

2.2.2. Moteurs de recherche

Différents moteurs de recherche et bases de données ont été mis à contribution : BMC Public Health, PubMed, Cochrane, Psychinfo, Embase et Google scholar.

Des suggestions de lecture ont été proposées par mon promoteur : le rapport d'expertise de l'INSERM et les recommandations de l'OMS. Des articles concernant les études qualitatives et leur validité m'ont été conseillés par le docteur Ségolène de Rouffignac.

Concernant les données de l'observatoire de santé du Hainaut, un courrier électronique a été envoyé à l'un des médecins du département ressources. Des informations ciblées à cette province m'ont été transmises.

Le site Psychinfo m'a permis de découvrir le résumé d'un livre intéressant pour l'analyse de mes données. Le livre n'étant pas disponible dans son entièreté sur le site, j'ai donc fait l'acquisition de cet ouvrage : *The handbook of health behavior change* [13]. De nombreux éléments concernant les habitudes sédentaires des patients et des solutions de prise en charge sont discutés [13].

2.2.3. MeSH⁶ terms

Sur la base de fiches créées par la bibliothèque de l'UCLouvain [14], cette partie du travail a consisté à sélectionner des mots significatifs concernant le sujet de recherche et de les transcrire sous la forme de *concepts-clés*.

La littérature scientifique étant principalement anglophone, un recours à l'outil de traduction proposé par l'Inserm a été utilisé pour trouver les MeSH les plus adaptés [15].

Des opérateurs de recherches booléens de type [AND] et [OR] ont été utilisés entre les *concepts-clés* pour affiner la recherche ou exclure certains termes.

Les mots-clés de la question de recherche étaient :

- En français : conseil, promotion, recommandation, activité physique, exercice physique, Belgique, adulte, indicateurs de santé, sédentarité, sédentaire, comportement sédentaire, barrières, obstacles, freins, limitations, médecine générale, généraliste ;
- En anglais : counselling, prescribing, physical activity, physical activities, Belgium, adult, adult population, sedentary lifestyle, sedentary behaviour, health behavior, barriers, limitations, general practitioner, general practice.

2.3. Stratégie d'échantillonnage et taille de l'échantillon

Le recrutement des participants a été réalisé via la voie électronique. Des mails ont été envoyés à différents médecins de la région du Tournaisis début décembre 2020 (Annexe 1).

Trente-deux médecins ont été contactés. Une diversité de profils a été pointée afin d'obtenir un échantillon hétérogène. Les médecins sollicités sont des hommes, des femmes, de tranches d'âge différentes, professant en solo ou dans des maisons médicales, dans l'intramuros de Tournai ainsi que dans la périphérie.

Pour mon étude, le choix a été fait d'interroger des médecins généralistes ou assistants en médecine générale. Les patients n'ont pas été inclus dans cette étude puisque ce ne sont pas eux qui sont les « conseillers ».

⁶ Medical Subject Headings

Les médecins de l'étude devaient connaître ou avoir connu des « obstacles » au conseil de l'activité physique. Ils professaient à Tournai, en ville ou en périphérie, depuis au moins un an.

2.4. Les entretiens

2.4.1. Type d'entretiens

La crise liée à la Covid-19 a posé un problème de mise en place de focus groupes dans lesquels les participants auraient eu l'occasion de commenter les opinions de leurs confrères.

Pour ces raisons sanitaires, les entretiens se sont déroulés en individuel avec l'aide d'un questionnaire.

2.4.2. Méthodologie des entretiens

Le format était semi-directif. Une prise de notes a été réalisée en cours d'entretien. Des relances étaient prévues pour ponctuer, clarifier les propos de la personne interrogée :

- « Si je comprends bien... » / « Si je résume... » ;
- « Ce que vous êtes en train de me dire c'est que... ».

Initialement, la durée de l'entretien était fixée à 15-20 minutes.

2.5. Guide d'entretien

Le guide d'entretien figure en annexe 2.

2.6. Recueil des données

Le recueil des données s'est étalé de décembre 2020 à février 2021.

Une attention particulière a été portée aux mesures de distanciation au début de chaque entretien. Du gel hydroalcoolique était tenu à disposition des participants. Chaque intervenant portait le masque.

Les entretiens se sont déroulés de manière individuelle en suivant le guide d'entretien. Cependant, certains praticiens ont souhaité être interrogés par téléphone.

L'enregistrement a été fait au moyen d'un dictaphone.

La retranscription des données était produite mot à mot directement après l'entretien sans logiciel.

L'anonymat des participants était assuré par une numérotation croissante de médecin n°1 (M1) à médecin n°9 (M9).

L'obtention des résultats a été faite jusqu'à saturation des données.

2.7. Analyse des données

L'échantillon de participants a été soumis à une analyse descriptive.

L'application de la *théorisation ancrée* (d'après Pierre Paillé) a été utilisée pour l'analyse des données recueillies pendant les entretiens [16].

Chaque entretien retranscrit s'est d'abord vu attribuer une codification ou « étiquetage », comme l'exemple du premier médecin de l'étude (annexe 3). Les unités de codage sont des phrases ou ensembles de phrases dont se dégage un même sens. Ces codes ont été rassemblés en catégories, puis par thèmes [16]. L'étude qualitative a consisté à passer du spécifique au général afin de mettre en évidence des concepts globaux.

La totalité des entretiens retranscrits de M2 à M9 figure dans les annexes de 4 à 9.

3. Éthique

Une demande a été introduite le 2 décembre 2020 sur l'application MGTFE/éthique afin de savoir s'il aurait été utile de soumettre mon sujet à un comité d'éthique.

J'ai reçu une réponse le 16 décembre 2020 de la part du groupe d'éthique interuniversitaire pour la médecine générale : « Les membres du GEIMG ont décidé à l'unanimité, sur base des informations transmises, que le projet de TFE ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée ».

IV. Résultats de l'étude qualitative

1. Analyse descriptive de l'échantillon

TABLEAU 1 – Données sociodémographiques de l'échantillon

	Sexe		Type de pratique			Tranches d'âge				Lieu de pratique	
	M	F	Assistant	Solo	Maison médicale	<30	30-45	45-60	>60	Intramuros	En périphérie
Médecin 1		X	X			X					X
Médecin 2	X			X					X		X
Médecin 3		X		X			X				X
Médecin 4	X			X					X		X
Médecin 5		X			X	X				X	
Médecin 6	X		X			X				X	
Médecin 7		X		X				X			X
Médecin 8	X			X					X		X
Médecin 9	X				X		X			X	
TOTAL	5	4	2	5	2	3	2	1	3	3	6

Sur les 32 médecins contactés par voie électronique, 12 ont été volontaires pour participer à l'étude et les 20 autres n'ont pas répondu.

L'un des 12 médecins, malgré son accord donné par mail, n'a plus réagi à mes relances de demande d'entretien.

Sur les 12 médecins, 3 n'ont pas répondu à l'un de mes critères d'inclusion. Ces derniers ayant l'habitude de fournir bon nombre de conseils d'exercices physiques à leur patientèle, ils ne s'estimaient pas bloqués dans leur recommandation.

Au total, 8 entretiens ont été menés : 4 en cabinet de médecine générale, 2 au domicile des médecins et 2 par communication téléphonique.

Il faut noter la présence d'un assistant en 2^e année de médecine générale (M6) lors de l'entretien de la médecin 5. L'occasion s'est présentée de lui demander s'il voulait faire partie de l'étude et un double entretien a exceptionnellement été produit.

Les données socio-démographiques sont représentées dans le tableau ci-dessus. Dans l'échantillon, le nombre d'hommes et de femmes est presque égal ; les différentes tranches d'âges également. En revanche, moins de médecins « intra-muros » de la ville de Tournai ont souhaité répondre à l'invitation par courriel.

La moyenne d'âge des participants est de 43-44 ans.

Pour le médecin 1, un défaut d'enregistrement est survenu en début d'entretien. La décision a été prise de reprendre les questions depuis le départ.

Le médecin 7 a été enregistré derrière un plexiglas et a été interrompu par son téléphone.

Les enregistrements de dialogues ont duré, de 20 minutes pour le plus court des entretiens, à 48 minutes pour le plus long.

2. Résultats des entretiens

Les résultats sont divisés en trois thèmes : les freins, les pistes résolutives et les conséquences espérées.

2.1 Les freins aux conseils d'une activité physique

2.1.1 Les freins liés aux médecins généralistes

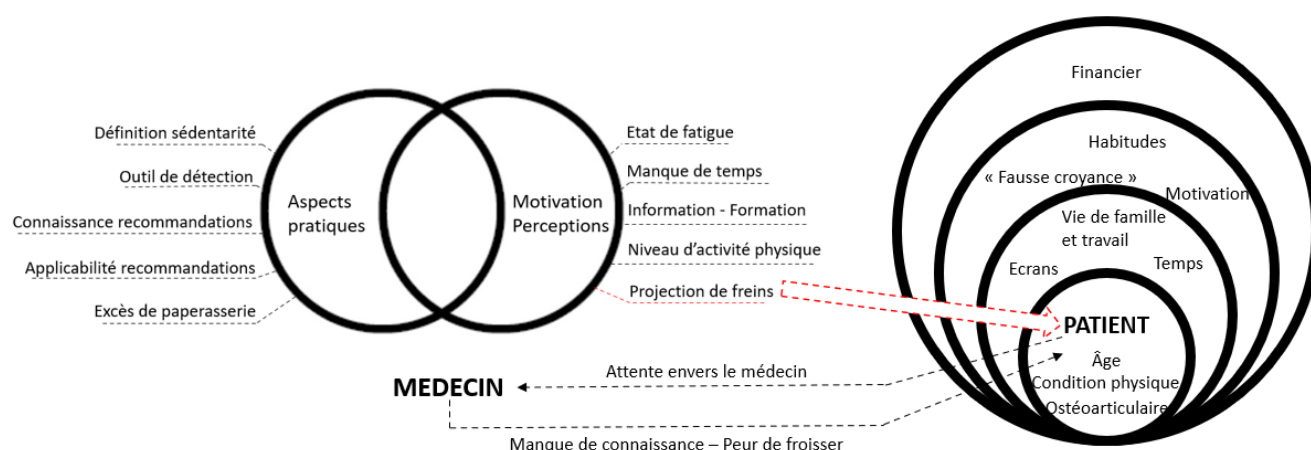


Figure 2 – Schéma récapitulatif des freins médecin - patient

Le manque d'une définition commune de la sédentarité et de sa détection

Tous les médecins de l'étude, sans exception, ont marqué un moment plus ou moins long de réflexion, voire d'hésitation, quant à la **description du phénomène « sédentarité »**.

La définition qui revient le plus fréquemment du *patient sédentaire* est « quelqu'un qui ne bouge pas ».

Un aspect quantitatif du temps passé à l'inactivité intervient dans la description. Les chiffres énoncés diffèrent : « moins de trois fois par semaine, trente minutes »/« moins qu'une heure par semaine »/« personne qui est assise plus de 70 % de sa journée »/« aucune activité

physique »/« ne pas faire [...] une activité physique qui est plus soutenue au moins une à deux fois par semaine ».

Le médecin 9 est le seul à dire qu'un patient sédentaire est un patient qui n'est pas inscrit à un club de sport.

De temps en temps, une étiologie se justifie dans les propos des répondants : « soit lié aux problèmes, physiques, [...] psychologiques, [...] familiaux »/« dysharmonie entre le corps et l'esprit »/« climats familiaux [...], [Les patients] n'ont pas appris autrement [...] une hérédité de la sédentarité ».

Une énumération de conséquences du comportement sédentaire est avancée : « des gens qui ne prennent globalement pas bien en charge leur santé »/« impacts sur la santé qui en découlent »/« l'activité physique est insuffisante pour maintenir sa capacité musculaire »/« perte fonctionnelle ».

La **qualification d'un « profil » de patient sédentarisé** varie d'un praticien à l'autre, par ordre décroissant :

- profession « sédentarisante » (citée dans 3 entretiens différents) ;
- population gériatrique (citée 3 fois) ;
- patient en surpoids (citée 2 fois) ;
- troubles psychiques ou psychiatriques (cités 2 fois) ;
- population précarisée (citée 1 fois) ;
- jeunes devant leurs écrans (cités 1 fois) ;
- profil diabétique (citée 1 fois).

Il manque possiblement un **outil de détection** : « Je vais te dire, on n'a pas vraiment un questionnaire tout fait pour dire tel patient l'est [sédentarisé], tel patient ne l'est pas » (M8).

Le manque de connaissance des recommandations et de mise en application

Trois médecins évoquent spontanément les recommandations de l'OMS sans que la question leur soit posée. Pour autant, tous les participants restent assez vagues quand il s'agit de détailler ces dernières. Ainsi l'expose au mieux le M1 : « J'ai l'impression de me souvenir de vagues notions [...] je ne sais plus de quand elles datent [les recommandations] et si c'est vraiment exact. »

Le M5 s'exprime en riant auprès de son assistant (M6) : « On n'est même pas capables de dire les recommandations belges. »

Pour le M3, **l'applicabilité** des recommandations pose un problème : « Dans la pratique ce n'est pas toujours facile à faire appliquer »/« ce n'est pas applicable de l'un à l'autre [les patients]. »

Ou, comme pour le M7, il existe un **manque de connaissance des recommandations** : « Écoute je ne connais pas les recommandations de bonnes pratiques ». Ce manque n'est pas pour autant présenté comme un obstacle insurmontable. Le M7 estime qu'il y a moyen de donner des conseils pratiques sans connaître par cœur la théorie.

Pour le M9, une **différenciation des recommandations** doit être faite entre une personne « lambda » et une personne obèse.

La « bureaucratie »

L'**excès de paperasserie** retient certains médecins d'effectuer une prescription écrite d'activité physique plutôt qu'un conseil donné oralement.

Le M4 explose littéralement à l'idée d'un soutien administratif apporté à son rôle de conseil : « Rien, niet, zéro. Tout ce qui est légal moi je suis allergique, fini tu oublies. »

D'autres avis sont plus nuancés, comme celui de M1 : « Ça légitime un peu, je pense que pour les patients c'est mieux », « le fait de le voir sur un papier, eh bien pour eux, la vision sera complètement différente pour moi », « ça renforcerait la demande faite oralement » ou le M2 « ça pourrait être intéressant mais ça doit être quand même bien encadré et avec un cadre législatif là-dedans. [Il ne] faut pas non plus tout traiter par des bouts de papier. »

Le manque de temps

Le **temps manque** pour la proposition de l'activité physique comme le souligne le M5 : « on court tout le temps », et le M7 : « Je pense que c'est le temps. [...] Parce qu'il y a tellement de choses à faire que de multiplier les rendez-vous [...] on a déjà de grosses journées. »

Conseiller est **énergivore** : « Ah mais oui, en vérité ça nous pompe énormément de temps et de notre énergie » (M3).

Le propos est exprimé d'une autre manière par le M6 qui indique que cela demande un **investissement de temps (chronophage)** : « Après, c'est des choses qui doivent vraiment être taillées sur mesure pour le patient, donc ça demande du temps, de l'investissement sur notre patient et qu'on n'a peut-être pas toujours non plus. »

Le manque de motivation

Est constatée l'existence d'une distorsion entre ce qui devrait être, la situation idyllique, et la volonté de le faire : « Mais personnellement entre dire faut faire plus d'exercice et réellement le faire, il y a un gap » (M2).

Le conseil devrait être ancré dans une démarche quotidienne, mais : « il faut qu'on se booste pour le faire » (M8).

Dans la notion motivationnelle du médecin, on peut noter qu'un facteur personnel intervient dans le conseil, l'**état de fatigue du médecin** : « Mais parfois tu vois à la fin de ma journée je suis assez fatigué, est ce que j'ai encore envie de prendre le temps de vérifier s'ils m'ont écouté, eh bien en fait non pas toujours » (M8).

L'information ou la formation

Le **manque d'information** sur le sujet gêne le M7 : « Il y a un manque d'informations »/« c'était juste une conférence en fait je pense... Et donc après on n'en a plus entendu parler au niveau du cercle etc. On n'a pas été mis au courant par un autre biais. »

À contrario pour le M2, l'**excès de l'information** : « Oui je pense qu'il y a tellement d'infos maintenant pour tellement de trucs que trop d'infos noie l'info. »

Dans le cursus général d'un médecin, ce n'est pas le premier sujet qui est abordé. M5 : « C'est surtout quelque chose qu'on ne nous apprend pas non plus en cours on va dire », et M6 : « C'est tellement large et qu'on sort un peu du cadre de notre médecine traditionnelle, conventionnelle et qu'on est peut-être moins à l'aise dans ces eaux-là. »

La **distance des lieux de formations** est évoquée par le M1 : « Moi je remarque que quand on a des formations qui sont loin, c'est compliqué d'y aller. »

Le niveau d'activité physique du médecin

« On connaît mieux un domaine où quand soi-même on est acteur » se positionne le M1. Une influence indirecte sur le patient peut entrer en jeu.

Lorsque le médecin généraliste a tendance à être sédentaire, il montre moins de motivation pour ce type de conseils : « Ça dépend un petit peu des gens, si tu es toi-même sportif au départ tu vas motiver les gens [...] si tu es sédentaire tu ne vas pas être motivé non plus » (M2).

Un médecin qui est lui-même acteur sportif a davantage l'envie de sensibiliser ses patients à la pratique du sport :

- M8 : « Et puis en tant que médecin si on est sensibilisé à la problématique, on va gratifier le patient » ;
- M7 : « Moi c'est ça qui me stimule aussi quand je fais du sport je me dis allez ça diminue les cancers » ;
- M9 : « Si tu pratiques du sport [...] tu vas avoir plus facile à en parler je pense. »

2.1.2 Les freins attribués aux patients

Les moyens financiers

Le M3 cite le **frein financier** comme la première entrave rencontrée par ses patients : « Malheureusement c'est vrai que le gros facteur dépendant c'est l'argent ». Ce médecin explique qu'elle travaille avec une population très précarisée et à tendance très sédentaire.

Ce frein est en même temps considéré comme une **excuse** que se donnent les patients pour ne pas respecter les conseils : « Il y a des gens qui sont dans des situations précaires où clairement leur demander ne fût-ce que parfois d'aller chercher un médicament c'est compliqué » (M3), « il ne faut pas nécessairement dépenser beaucoup d'argent pour faire le tour de son quartier » (M6).

Le constat fait par le M2 est que le **sens des priorités** des patients n'est pas toujours adéquat : « Maintenant, c'est comme les gens qui disent, ouais c'est cher, mais c'est des mecs qui grillent deux paquets de clopes par jour. »

Les habitudes de vie des patients

D'après le M3, une partie de sa patientèle s'inscrirait dans un phénomène de **routine de l'inactivité** et ne se soucierait pas de prendre en charge sa santé de manière globale.

Le M6 et le M8 parlent de **fausse croyance** de certains patients concernant leur état de santé ou leurs capacités physiques. Le M6 déclare ainsi : « J'ai l'impression qu'ils se projettent parfois un peu loin ou un peu vite en me disant vous me voyez courir ou quoi ? », le M8 le complète : « Pour le cerveau, l'activité physique c'est synonyme de souffrance. »

La proposition d'une activité physique au patient peut supposer une modification de son rythme de vie. Lorsque cette démarche entre dans le cadre d'une **conciliation avec la vie familiale**, cela semble provoquer un blocage d'après M7 : « Je mets des freins quand je sais que ce sont des familles qui ont déjà énormément de choses à faire », et M5 qui ajoute : « Les personnes voient ça impossible à combiner avec leur rythme de vie ». Il en va de même pour la **conciliation avec le travail** qui est un frein d'après le M4 : « Ceux qui font la navette, qui font huit heures par jour et qui vont à Bruxelles en train et qui reviennent, qui sont morts crevés ils n'ont pas le temps. »

Le manque de motivation et de temps

Le **frein motivationnel des patients** est cité de manière systématique par les médecins de l'étude.

Le M2 déclare : « On est trop dans la médicalisation, faut que les gens se prennent en charge c'est ça le problème. »

Certains médecins sont contraints de puiser dans leurs propres forces pour éduquer leurs patients : « [il] faut qu'on arrive nous-même à leur trouver de la motivation » (M1).

Cela semble révéler un manque de motivation des patients d'une part, mais également une contrainte de **temps** :

« Je pense que le deuxième obstacle c'est la motivation des gens... parce qu'ils ont aussi l'excuse de dire qu'ils n'ont pas le temps » (M3).

« Je pense qu'ils ont l'impression de ne pas avoir le temps » (M5).

Quand les patients viennent en consultation, ils ont aussi une certaine **attente envers leur médecin** : « les gens qui viennent, ils attendent de nous souvent une ordonnance, des actes techniques ou des demandes » (M1).

Une fois le conseil donné, il faut encore que le patient s’y tienne et ne retombe pas dans ses mauvaises habitudes : « La plupart des gens [...] sont fainéants et préfèrent prendre leur petite pilule. Il n’y aura qu’une petite minorité qui vont suivre les conseils hygiéno-diététiques, la grosse majorité ne va rien faire du tout » (M8). Une certaine **compliance** est souhaitée afin que les efforts du médecin ne soient pas vains.

L’état physique et physiologique

- Les **freins ostéoarticulaires** : « Et puis alors il y a tous les obstacles, des problèmes de squelette donc le système locomoteur qui est atteint [...] les arthroses, les arthrites » (M4).
- La **condition physique de base** : handicap physique ou mental, obésité.
 « Je ne pense pas qu’il y ait de réelles contrindications à part des personnes qui auraient un réel handicap physique ou mental leur empêchant éventuellement de pratiquer dans ce cadre-là » (M4).
 « Quelqu’un qui pèse 150kilos et qui est dans son canapé toute la journée si je l’envoie à la salle de sport, il va y aller une fois, il n’ira plus deux fois quoi » (M3).
 « Il y a des familles où même s’ils ne sont pas obèses ils ont tendance à l’embonpoint. À partir de 12 ans les enfants même s’ils sont sportifs ils ont une belle couche de gras. À partir de là qu’est-ce que tu veux faire ? » (M8).
- L’**âge** : l’avis des médecins est partagé sur ce point. C’est potentiellement un frein pour certains médecins de l’étude, mais comme le dit le M4, cela devient une limitation aux performances du patient mais pas à l’utilité d’un conseil.

Le rôle des écrans

Un seul, le M4, mentionne la **contrainte liée aux écrans** : « Et puis ces écrans ça bloque... »/« Les jeunes devant leurs écrans qui ne font pas de sport, ce n’est pas facile après de leur dire bougez-vous et faites du sport. »

Le manque de connaissance du patient

La M5 évoque le fait qu'elle n'ose pas toujours aborder le sujet lors d'une première rencontre par **manque de connaissance du patient**.

2.1.3 Les freins externes à la consultation

Un environnement défavorable

Plusieurs éléments sont énoncés comme défavorables face à l'acceptation des conseils d'activité physique.

- **L'aménagement du territoire et le lieu de la sédentarité** : « Il y en a peut-être moins [de sédentarité] en milieu rural qu'en milieu urbain [...] le milieu urbain est peut-être plus isolé ». Le M2 et le M4 s'accordent sur le fait que les aménagements à la campagne sont plus fournis qu'en ville : notamment les sentiers sont balisés, l'accès au RAVel.
À l'inverse, le M3 trouve que les citadins sont mieux servis que les ruraux : plus de salles de sports.
- La **situation sanitaire** : les avis exprimés tendent à montrer un effet négatif des mesures de confinement sur l'état de sédentarité de leurs patients. Seul le M2 estime que : « La Covid fait peut-être plus bouger les gens », même s'il mentionne par la suite le cas d'une de ses patientes de 76 ans qui bouge moins à cause de la Covid. Depuis mars 2020, le **manque d'accès aux salles de sports** pose souci pour la suggestion d'activité sportive : « en ce moment on est restreint dans nos propositions » (M1).
- Les **conditions météorologiques** :
« Maintenant il y en a beaucoup qui ne savent pas quoi faire... Et puis voilà c'est l'hiver quoi... Donc pour l'instant, c'est un peu en pause tu vois, ce n'est pas trop le moment avec tous les virus, les microbes pour commencer à leur parler d'aller faire du sport encore en plus » (M7).

Le numérique : montres connectées, applications et médias

Le monde numérique se présente comme un élément ambigu en matière d'activité physique, représentant à la fois une solution et un frein au conseil.

Éléments positifs du numérique :

- motivateur/moteur pour le patient ;
- manière d'objectiver de manière numérique la réelle activité physique du patient.

Éléments négatifs du numérique :

- aspect gadget ;
- créateur d'hypochondriaques ;
- manque de connectivité des patients ;
- ne doit pas remplacer l'œil humain et expert du praticien.

Déléguer ou la multidisciplinarité du conseil

La M1 semble plutôt en accord avec l'idée de déléguer, même si « en pratique c'est parfois compliqué »/« après c'est une histoire de temps et de réseaux ».

La difficulté réside dans le fait qu'il n'y ait pas toujours de personnes-contact en médecine générale.

Les disciplines citées lors des entretiens sont les coachs sportifs/éducateurs physiques, des confrères spécialistes et les kinésithérapeutes. Il convient de noter que les diététiciens n'ont pas été évoqués.

L'un des obstacles à l'attribution des conseils par d'autres professionnels est la crainte de l'effet « charlatan ». Trois des médecins de l'étude étaient inquiets d'envoyer des patients auprès de coachs sportifs. Ils ne seraient pas toujours de bons conseils et ne représentent pas un avis d'expert. Les médecins ont le souci de se sentir en confiance avec leur partenaire de santé.

La responsabilité de la prescription

La M1 avoue la **peur d'un mauvais retour** : « [il] faut faire attention à tout ce qu'on prescrit, c'est à chaque fois une responsabilité ». Le M8 partage ce sentiment : « Tout en faisant attention de ne pas avoir un accident... Après je ne voudrais pas qu'on dise que c'est le docteur qui l'a poussé à faire du vélo et puis qu'il a eu un accident ».

La **peur du risque de blessures** fait également obstacle au conseil : « la plupart du temps il va aussi souffrir de cette remise en route, [le patient] peut avoir ces petites blessures néo-

sportives [...] Disons qu'on y prête une certaine attention, on ne peut pas les laisser reprendre une activité sans les surveiller et de savoir s'ils sont aptes » (M6).

La difficulté à obtenir du feedback

Le M8 **manque de retour d'information** suite à ses conseils : « ils ne reviennent pas en disant, j'ai mis votre conseil en application », il poursuit : « il faudrait que je leur demande. »

Le lieu de la consultation

La détection de la sédentarité s'effectuerait plus aisément au domicile du patient plutôt que dans le cabinet de consultation.

« Good timing »

Ces difficultés sont à la fois liées à la connaissance du patient, qui est un frein reconnu mais aussi au **choix du moment** où l'on en discute avec le patient. Le M5 exprime que si elle reçoit un patient en consultation pour une otite, le moment est mal venu de lui parler de sport.

Le discours du médecin

Dans le champ lexical de **la communication**, on retrouve notamment le dégoût, le rapport à la mort et la peur de froisser.

- La prudence s'impose, pour l'une des médecins dans le discours à tenir face au patient, pour ne pas le dégoûter immédiatement avec une activité physique inappropriée : « Au fur et à mesure on intensifie. Qu'ils ne se dégoutent pas trop » (M1) ;
- Le rapport à la mort. Autrement dit, la manière dont les faits sont annoncés au patient par le M4 au départ d'une expérience personnelle : « ce n'est pas difficile, tu n'as qu'une chose à faire ou tu meures, ou tu bouges » ;
- La peur de froisser le patient. Le M5 exprime au mieux cette opinion en disant : « je pense aussi qu'il y a des personnes qui ont un poids tout à fait normal, qui sont aussi en état de sédentarité, et ça du coup on n'aborde pas le sujet. Je pense qu'on a aussi tellement de personnes en surpoids c'est ça qui nous fait le plus penser à un état de sédentarité quoi [...] [il y a] la peur de froisser les gens [...] quand on leur conseille de faire de l'exercice. »

Les **moyens de communication** ne sont pas toujours adéquats : « Il faut revoir la base communicationnelle des médecins avec leur patient » (M8). Ce médecin cite pour exemple deux expériences *in vivo* : l'une d'un patient qui ne sait pas lire une affiche dans sa salle d'attente. Communiquer au moyen de fiches dans le bureau médical n'est pas suffisant. L'autre expérience était celle d'un couple, il explique avoir passé plus de 45 minutes à les conseiller, à s'appuyer sur des éléments de prise de sang comme preuve et chez qui pourtant ce fût un échec de communication. Le médecin avait perçu cette consultation comme un échec personnel.

2.2 Les pistes résolutives

L'entretien motivationnel

« C'est comme pour le tabac, l'alcool [...] il faut quand même un peu d'envie et de motivation » (M1).

Ainsi, il est important de prévoir un *rétroplanning*, d'abord toutes les deux semaines puis tous les mois. Les mots « entretien motivationnel » ont uniquement été prononcés par le M6.

Dans ce rétroplanning, il peut y avoir :

- un sondage des patients par le biais de questions comme le M1 qui demande : « qu'est-ce que ça vous fait ? Est-ce que vous voyez différemment les choses ? Est-ce que cela a changé quelque chose dans votre vie ? ». Le M4 le rejoint en questionnant : « Quelle est ton expérience ? Qu'est-ce que tu as fait ? Qu'est-ce qui t'as plu ? Qu'est-ce qui ne t'as pas plu ? » ;
- l'utilisation d'une *carotte*, apprendre à motiver grâce aux effets biologiques de l'hémoglobine glyquée, de la glycémie et du cholestérol.

Les types d'activité physique

TABLEAU 2 – Avis des médecins de l'étude sur les types d'activité physique

	Marche	Vélo	Natation	Renforcement musculaire	Activité 3x20
Avis des médecins de l'étude	Systématique	Régulier	Régulier	Occasionnel	Occasionnel

L'activité la plus suggérée par les médecins de l'étude est la marche. Le fait d'avoir un chien à promener peut être l'un des facteurs motivants.

Le mot d'ordre est progressivité.

Les médecins de l'étude, en général, ne souhaitent que peu conseiller la pratique de la course à pied, à cause de son effet traumatisant des articulations, sans compter le manque de condition physique éventuel de certains patients.

L'effet de groupe pour l'activité physique a également un côté positif. Ainsi, pour le M9, les sports d'équipe semblent être une piste importante.

Il est important aux yeux du M4 de personnaliser la demande, c'est-à-dire de s'adapter à la personne en présence. Un patient qui présente un handicap physique ou mental a aussi le droit au conseil d'activité physique. Il s'agit de personnaliser les moyens mis en œuvre.

Le médecin généraliste, l'église au milieu du village

Le médecin sert à traiter l'entièreté du patient : « Notre rôle c'est global en fait » (M1). Le docteur traitant n'est pas cantonné au rôle de prescripteur : « Nous les médecins généralistes, on ne se résume pas justement à prescrire que des médicaments et [...] on peut aider des patients par d'autres moyens non médicamenteux et tout aussi efficaces. »

« On connaît un peu ses patients » (M7).

Deux médecins de l'étude soulignent que les conseils portent davantage leurs fruits lorsqu'ils s'adressent à un public jeune, et notamment aux enfants. L'une des solutions évoquée dans ce thème, serait une prise en charge de la sédentarité dès l'école primaire. Pour le M2, c'est dans la population active dès 30-35 ans que passe la priorité.

Le cadre réglementaire et collaboratif

Au cours de l'entretien, l'avis des médecins a été recueilli à propos d'un projet de *sport sur ordonnance* comme solution de soutien à leurs conseils :

TABLEAU 3 – Avis des médecins de l'étude concernant le sport sur ordonnance

	Aspects positifs	Aspects négatifs
Avis des médecins de l'étude	- Vécu comme un élément intéressant si cela donne lieu à un remboursement de l'activité physique ; - côté rassurant et encadré (éviter ainsi l'aspect <i>charlatan</i> de certains coachs qu'expriment certains médecins) ; - multidisciplinarité ; - accès à un réseau secondaire à la médecine générale ; - collaboration ; - intergénérationnel par exemple, les papys qui feraient du sport en même temps que les jeunes.	- Passage par une prescription écrite et de ce fait un alourdissement du travail quotidien / surcharge ; - manque de connaissance du projet ; - manque d'articles sur le sujet ; - pas de disponibilité dans le réseau local ; - infantilisation du patient / il faut encore prendre le patient par la main. Le patient comme un <i>mouton de panurge</i> ; - laisser des professionnels de la santé (exemple des kinés) sur le carreau.

L'un des médecins de l'étude a fait remarquer le manque d'information à ce sujet et souhaite à cet égard que les administrations communales jouent un rôle actif dans la publicité de ce système grâce à des flyers d'information, des affiches ou à travers l'utilisation d'associations existantes qui pourraient diffuser les propositions d'activité physique disponibles au sein d'une commune.

2.3 Les conséquences espérées

Les différents effets médicaux souhaités par les médecins à la suite de leurs conseils sont :

- Pour le M1 : un mieux-être global et moral, une perte de poids, une amélioration du transit intestinal, du souffle et de la capacité pulmonaire. Un meilleur contrôle glycémique et du cholestérol ;
- Pour le M2 : conséquence positive sur le cardiovasculaire ou pulmonaire. Cela permet un meilleur contrôle tensionnel et du souffle ;
- Pour le M3 : une tension artérielle dans les valeurs normales voire chez les hypertendus, une diminution des chiffres de tension artérielle. Amélioration du profil cardiovasculaire. L'hypercholestérolémie en baisse. Une réduction de l'anxiété, de la nervosité et du risque dépressif ;
- Pour le M4 : des effets visibles sur le poids, une amélioration de la qualité du sommeil, une diminution des tachycardies ou extrasystoles, une diminution de la glycémie, moins d'essoufflements. Une production d'endorphines.
- Pour le M5 : une diminution de l'insulinorésistance.
- Pour le M6 : une meilleure tension artérielle. Effets sur la biologie sanguine : réduction de la glycémie et des triglycérides.
- Pour le M7 : Entraînement pour le « cardio » et modifications biologiques
- Pour le M8 : un contrôle tensionnel meilleur, perte de poids et du BMI, meilleure prise de sang
- Pour le M9 : une amélioration de l'hémoglobine glyquée chez les diabètes, baisse du BMI

V. Discussion

1. Biais de l'étude

1.1 Biais de sélection

Le biais de sélection s'est produit naturellement. Les participants étaient volontaires. Ainsi, ceux qui ne voyaient aucun intérêt à participer à l'étude n'ont, bien évidemment, pas réagi.

1.2 Biais de temps

Le biais de temps est lié à l'échantillonnage qui devait être limité. Une telle étude qualitative prend du temps : il n'était pas possible ou souhaitable d'interroger une quantité trop importante de participants.

Ce biais est limité par l'arrivée à saturation des données.

Il faut également noter que la vie d'un médecin est particulièrement prenante. Par conséquent, les entretiens ont été limités à une durée maximale de quinze à vingt minutes. Ce biais a toutefois été corrigé par certains participants qui ont spontanément accepté de dépasser le temps imparti.

1.3 Biais lié à la situation sanitaire

La situation sanitaire n'a pas permis la tenue de tous les entretiens en présentiel. Il s'est aussi avéré difficile de retranscrire le langage non-verbal.

Les médecins interrogés par téléphone n'ont pas prolongé la durée prévue de l'entretien.

1.4 Biais d'honnêteté

L'obligation de l'information préalable de l'enregistrement de l'entretien peut provoquer chez la personne interrogée une volonté d'embellir la situation. La mise en confiance et le fait de poser discrètement le dictaphone dans un coin de la pièce a certainement contribué à objectiver les réponses aux questions.

1.5 Biais lié à l'entretien

Il s'agit de ma première expérience d'étude qualitative. Le fait de connaître certains participants a pu influencer leur discours ou ma manière de présenter les questions.

L'établissement d'un guide d'entretien et le suivi de celui-ci a finalement permis de limiter la subjectivité dans le débat.

2. À propos des résultats

Révision de la communication médecin-patient intégrée dans un modèle transthéorique

L'un des verbatims du M1 de l'étude est le suivant : « C'est comme pour le tabac, l'alcool [...] il faut quand même un peu d'envie et de motivation ». Cette phrase est finalement très représentative des discours tenus lors des entretiens : le mot motivation est le leitmotiv des médecins interrogés. On intègre le patient dans un processus global de changement d'habitudes de vie. Plusieurs modèles transthéoriques co-existent [13]. Le modèle d'approche comportementale introduite par les psychologues James O. Prochaska et Carlos C. Di Clemente [17] englobe la quasi-totalité des données collectées par l'étude. Ce système de prise en charge est similaire à celui mis en place pour des patients souffrant d'assuétudes à l'alcool ou au tabac, comme l'exprime le M1.

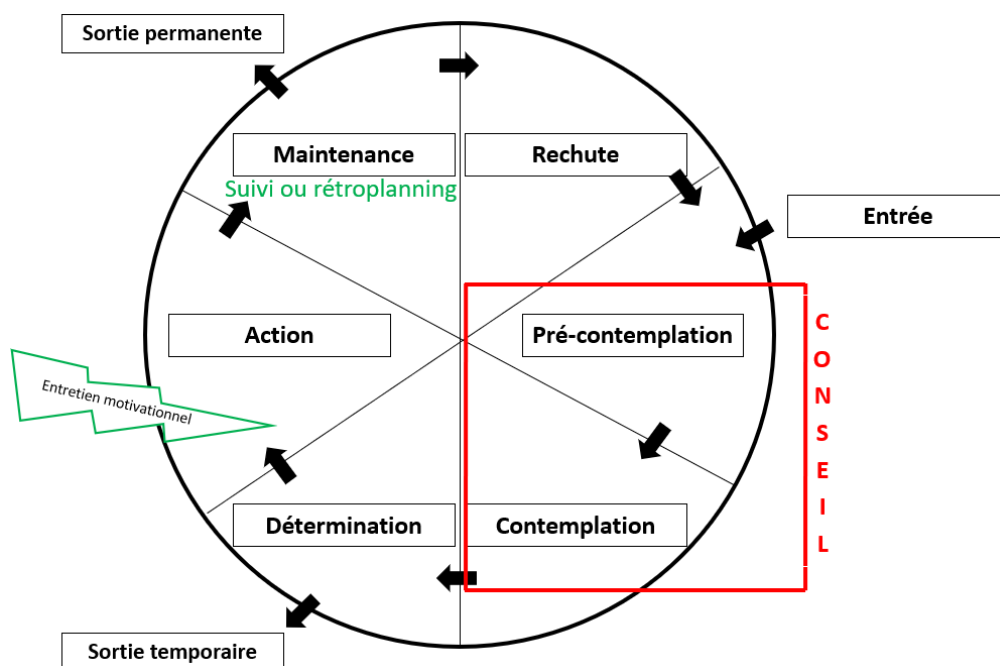


Figure 3 – Processus de changement du comportement sédentaire du patient, inspiré du modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente [17]

L'évolution du comportement d'un patient passant de statut de sédentaire à physiquement actif est un processus nécessitant plusieurs étapes. Le médecin généraliste tient un rôle central dans ce mécanisme et les médecins de l'étude en sont bien conscients : « on ne se résume pas justement à prescrire que des médicaments ». L'éducation à la santé des patients

est de leur ressort, ce qui rejoint l'une des missions du médecin généraliste exposée par la WONCA Europe [3]. Ils sont également clairvoyants sur les bienfaits de l'activité physique pour la santé.

Il existe des obstacles à leur rôle de conseil (Figure 2) dans les phases de pré-contemplation et de contemplation (Figure 3) :

Phase de pré-contemplation : le patient sédentaire ne pense pas à faire de l'activité physique. Deux participants de l'étude expriment que le patient ne se projette pas correctement : « Pour le cerveau [...] c'est synonyme de souffrance ». Ce verbatim a été classé dans la catégorie des *fausses croyances*. C'est un phénomène décrit par les auteurs du *Handbook of the health behavior change* comme une variante d'obstacle à la promotion d'exercice physique [13]. Le médecin est un informateur des risques liés à la sédentarité. Le discours doit être approprié : il s'agit de ne pas froisser le patient, le dégoûter ou lui faire peur. D'ailleurs, le M8 reconnaît qu'« il faut revoir la base communicationnelle des médecins avec leur patient ».

Phase de contemplation : le patient considère son comportement comme problématique mais il est encore ambivalent. Il continue à rester dans ses habitudes néfastes pour sa santé. Il a une routine de l'inactivité (M3). La publication de l'Inserm rejoint cette idée : « *les habitudes existantes entravent l'initiation d'une activité physique* » [8]. Le médecin est un conseiller en faveur d'une activité physique. Pour les participants de l'étude, les conseils devraient être distillés aux personnes qui présentent déjà un **minimum de motivation**, sinon leur conseil semble vain et chronophage. « *La motivation est le moteur qui anime les comportements [...]* Par conséquent, elle mérite une attention particulière » [13]. Il est également important de cibler un public jeune, car cela permettra de créer une forme de nouvelle pratique chez ces patients.

Détermination : le patient est déterminé à modifier son comportement. Le médecin effectue un **entretien motivationnel** et conseille les moyens de mise en œuvre de l'activité physique. Seul le médecin le plus jeune évoque l'entretien motivationnel. Les autres utilisent des termes ramenant au concept de motivation sans utiliser cette notion précise.

Action : il s'agit de la phase de mise en route de l'action préventive pour la santé. Le médecin soutient. À ce stade, il faut veiller à favoriser une activité simple et peu coûteuse en veillant à augmenter l'intensité progressivement. D'après l'Inserm : « [Il serait utile d'] *inclure l'activité* »

physique dans le parcours de soin » et laisser de l'autonomie au patient [8]. La marche est l'activité qui remplit au mieux ces critères. Elle peut être effectuée en groupe ou avec un animal de compagnie, ce qui améliore l'effet potentialisant de l'action.

Maintenance : stade durant lequel il est nécessaire d'être attentif au risque de rechute. À cette étape, il est primordial de continuer à soutenir le patient et à l'encourager. Le médecin effectue un *rétroplanning* : il sonde le patient avec différentes questions. Il peut demander un contrôle biologique comprenant une glycémie ou hémoglobine glyquée pour les diabétiques ou encore un contrôle lipidique. Les praticiens s'attardent avant tout sur les effets mesurables médicalement tels qu'une bonne biologie, une perte de poids, une amélioration d'une tension artérielle. Le bien-être global n'est cité qu'une seule fois tout comme l'amélioration des troubles du sommeil. L'effet de l'exercice physique sur la production d'endorphine n'est pas évoqué dans la littérature de l'ANSES ou de la revue médicale suisse [9,10]. Ces éléments biologiques sont considérés comme étant la carotte qui motive les médecins à donner des conseils, mais aussi les patients à suivre ces conseils.

Rechute : il est possible que le patient s'arrête dans sa nouvelle lancée. Cela fait partie du processus normal de changement. Le M8 s'inquiète du taux de rechute de ses patients. L'échec et le manque de *compliance* le font renoncer à conseiller davantage d'activité physique. Une estimation de ce taux se rapproche en effet des 50% [13]. Au-delà d'une vision binaire, il est important d'envisager que le patient peut réintégrer le cercle. Ainsi, il passe à nouveau en phase de pré-contemplation, et le médecin peut relancer ses conseils.

Interconnexion et ordre de grandeur des freins

L'interprétation de la figure 2 dans les résultats ne doit pas être prise en compte comme une simple liste énumérative. Un frein n'est pas isolé. Il peut être parfois lié à d'autres. C'est ce que je nommerais l'*interconnexion* des freins liés aux médecins. Prenons un exemple, le manque de temps pour conseiller le patient. Certains médecins l'évoquent en tant que tel, d'autres trouvent qu'ils n'ont pas un instant à eux dans leur vie professionnelle pour se former davantage en la matière et prendre connaissance des recommandations. L'excès de paperasserie peut être la cause du manque de temps mais aussi en être la conséquence.

Quant à la lecture des freins liés aux patients (figure 2), on peut y voir un *ordre de grandeur*. Au plus la représentation des freins sous forme d'une bulle est petite, au plus il est compliqué de trouver une piste résolutive. Par exemple, l'âge est un facteur sur lequel on a peu d'influence. De rares solutions sont évoqués dans l'étude. Le M2 parle d'activités des 3x20. Au contraire, l'aspect financier est dans la bulle la plus externe. C'est l'un des obstacles au conseil le plus souvent cité de l'étude mais c'est aussi celui pour lequel des pistes résolutive seraient les plus applicables.

Compréhension des freins et pistes résolutive

Dans le guide d'entretien, la toute première question de l'étude posait déjà un problème à l'ensemble des participants. Tous se sont retrouvés en difficulté au moment de la définition du terme sédentarité. Comment s'accorder pour donner un conseil quand on ne sait pas précisément à qui le fournir ?

- Piste résolutive : définition simplifiée

La sédentarité

Définition de la littérature : « *ensemble d'activités en état de veille dont la consommation d'énergie est inférieure ou égale à 1.5 MET⁷* » [1] ou « *manque d'activité physique* » [7].

Définition selon les données collectées : activité physique hebdomadairement insuffisante. De manière générale, la station assise est tenue plus de la moitié de la journée (majorée par certains professions), le tout ayant un impact sur la santé de l'individu d'un point de vue physique, psychologique et social.

Un seul médecin avait évoqué le fait qu'il n'existe pas d'outil de détection de la sédentarité.

- Piste résolutive : il existe un outil de détection des individus à faible niveau d'activité physique. Dans la littérature existante, plusieurs tests d'autoévaluation ont fait l'objet d'études. Pour sa simplicité d'utilisation en cabinet de consultation, le test de Ricci et Gagnon pourrait représenter une solution (annexe 11) [18].

⁷ Metabolic Equivalent of Task ou équivalent métabolique. Mesure de l'intensité de l'activité physique.

Les recommandations de l'OMS sont finalement très peu connues bien que cela ne représente pas un frein au conseil pour tous les médecins de l'étude. Quelques-uns considèrent superflue une formation supplémentaire. La M3 souligne l'inapplicabilité des recommandations, notamment en fonction du type de patient. Or, les recommandations de l'OMS ont été étudiées pour viser toutes ces catégories.

- Rappel : « *dans la tranche d'âge des 18-64 ans, un adulte devrait pratiquer au cours de la semaine 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue par période d'au moins dix minutes. Des exercices de renforcement musculaires devraient être pratiqués au moins deux fois par semaine* » (OMS) [2]. Les enfants et les personnes âgées sont aussi intégrés dans les recommandations.

Le manque de temps et de motivation du médecin sont des facteurs qui influencent la recommandation envers les patients. Cependant, c'est également le cas des patients qui mettent comme obstacle à la pratique d'une activité physique le manque de temps et/ou de motivation. Les médecins pratiquants eux-mêmes une activité physique auraient aussi tendance à donner davantage de conseils en la matière.

- Piste : l'entretien motivationnel dans la phase d'entrée en action (Figure 3).

À travers l'étude qualitative que j'ai réalisée, il semble également établi que le financier du patient constitue un obstacle majeur à la recommandation d'une activité physique. Tous les médecins ayant participé à l'étude ont abordé la problématique ou identifié cet aspect comme étant un frein.

- Piste : le *sport sur ordonnance*. L'idée du sport sur ordonnance est loin de recueillir l'unanimité des participants de l'étude. L'enthousiasme pour ce projet est plus marqué chez les plus jeunes médecins de l'étude. L'aspect administratif (rédaction d'une ordonnance) semble être un obstacle. Toutefois, cela peut être également perçu comme une source de motivation pour le patient qui, même en l'absence d'un remboursement, pourrait être davantage enclin à respecter le conseil médical rédigé. La concrétisation d'un tel cadre nécessite le soutien de la commune ou des politiques compétentes.

Découverte de freins externes

Finalement, il y a des résultats inattendus à ma question de recherche (*Outcome*). Je m'attendais à découvrir des freins uniquement liés aux médecins généralistes et aux patients. Néanmoins, j'ai en outre identifié ce que je considère des *freins externes*. Cela recouvre tout élément extérieur à la consultation pouvant présenter une influence sur la proposition du médecin généraliste.

Par exemple, les activités physiques sont moins pratiquées en été qu'en hiver, et la saisonnalité peut influencer le taux de conseil. Dans la littérature existante, deux études s'accordent sur le fait que les conditions météorologiques ont été identifiées comme un obstacle à l'activité physique [19, 20]. Le volume d'activité physique est plus élevé en été qu'en hiver et, par conséquent, le comportement sédentaire est plutôt hivernal. Le climat peut ainsi influencer sur le confort dans l'exercice physique [19].

- Piste : les interventions comportementales doivent être sensibles aux impacts météorologiques potentiels [19]. Il serait vraisemblablement judicieux de prendre en compte la saisonnalité du conseil pour maximiser les incitations sur toute l'année.

De plus, la situation sanitaire actuelle a certainement influencé la manière de répondre des participants. Les réponses qu'ils ont données en fin d'année 2020 n'auraient probablement pas été les mêmes si les interviews avaient été tenues en dehors de la crise sanitaire. À l'inverse cela a certainement également mis en évidence le caractère indispensable de l'activité physique.

Enfin, des participants de l'étude ont mis en avant leur responsabilité en matière de conseil. Ils ont la crainte de la blessure du patient lors d'activité inadaptée.

3. Qualité de l'étude

Selon un article de May et Pope [21], des critères de qualité aident à souligner la validité d'une étude qualitative.

TABLEAU 4 – Critères d'analyse de la qualité de l'étude

<i>Triangulation</i>	Le but de la triangulation est d'apporter une analyse plus réflexive sur les données. La question de recherche a fait l'objet, dans le cas présent, d'une étude qualitative au moyen de l'entretien semi-dirigé de neuf médecins. Au préalable, une analyse de la littérature existante a été effectuée. En fin de parcours, dans la partie discussion, les éléments collectés sont comparés à la littérature scientifique et à quelques études disponibles.
<i>Member Checking</i>	Le <i>member checking</i> permet de vérifier la crédibilité de la recherche et d'éviter une interprétation des données. Pour cela, la retranscription des entretiens et les résultats sont présentés aux participants qui ont marqué le souhait d'en être tenus informés.
<i>Reflexivity</i>	Le choix du sujet s'est opéré par préférence personnelle. Le sujet me concernait particulièrement dans le cadre de ma pratique.
<i>Clear exposition of methods of data collection and analysis</i>	Un compte-rendu clair de la méthodologie de la recherche et de la collecte des données est exposé. Dans les annexes, un exemple de codification permet une meilleure compréhension de l'application de la théorisation ancrée, du codage le plus basique à la mise en perspective de concept.
<i>Attention to negative cases</i>	Une attention particulière a été portée lorsque l'un ou des participants ne rejoignaient pas l'avis de la majorité.
<i>Fair dealing</i>	Un large éventail de perspectives potentielles a été mis en évidence. Le point de vue d'un participant n'est jamais présenté comme la seule vérité sur la situation.
<i>Relevance</i>	L'objet de la recherche est de permettre une généralisation des résultats à l'ensemble des médecins généralistes.

VI. Conclusion

J'ai tenu à élaborer mon travail de fin d'études sur ce sujet, car je suis très impliquée dans le développement sportif des citoyens de ma commune. Le fait de savoir que peu de médecins fournissaient des conseils en matière d'exercice physique m'a motivé à choisir ce sujet.

Cette étude qualitative s'est mise en place pour tenter de comprendre les limitations rencontrées par les médecins du Tournaisis dans le conseil d'activité physique auprès de leurs patients sédentarisés. Grâce à des entretiens semi-dirigés, on peut se rendre compte du fait qu'il y a une interconnexion évidente entre les différents mécanismes de freins et un ordre de grandeur pour les freins attribués au patient.

De nombreuses pistes de solution ont été abordées, à savoir une révision de la communication médecin-patient intégrée dans un modèle transthéorique, une nouvelle définition de la sédentarité, une réflexion sur le financement et sur le sport sur ordonnance.

Le discours du conseil doit être clair, progressif et encourageant pour le patient. L'entretien motivationnel serait possiblement un outil de soutien à cet échange.

La concrétisation du sport sur ordonnance ou de la prise en charge de l'activité physique nécessite un appui financier et le soutien des compétences communales.

Je n'ai aucune prétention à l'exhaustivité des freins et pistes résolutives développés dans cette étude. Certains verront un frein au conseil là où d'autres n'en verront pas. D'aucuns envisageront des pistes résolutives qui ne seront pas imaginées par d'autres. Une seule méthode ne suffira pas à changer les habitudes.

À travers mon TFE, je n'ai pas eu l'occasion de m'attarder sur certains points, et notamment sur l'entretien motivationnel. Il pourrait être intéressant d'envisager une étude future de type recherche-action sur l'entretien motivationnel au soutien du rôle de conseil des médecins.

Ce travail permettra peut-être d'aider des confrères généralistes à s'interroger sur leur taux de promotion l'activité physique. Je laisse ainsi l'occasion de se rendre compte que des petits conseils progressifs et au moment opportun dans la discussion avec le patient valent mieux que de ne rien dire.

Références bibliographiques

1. Drieskens S, Nguyen D, Gisle L. Pratique d'activités physiques : Enquête de santé 2018 [En ligne] Bruxelles : Sciensano ; 2019. [Consulté le 27/02/2020] Disponible sur : https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/PA_FR_2018.pdf
2. Organisation mondiale de la santé. Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé [En ligne]. 2010. [Consulté le 28/03/2020] Disponible sur : <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/fr/>
3. World organization of national colleges academies Europe. La définition européenne de la médecine générale – Médecine de famille [En ligne]. 2002. [Consulté le 11/04/2021] Disponible sur : <https://www.woncaeurope.org/file/afaa93f5-dc46-4b0e-8546-71ebf368f41c/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
4. Brockhurst I, Wong J, Garr H, Batt M. Physical activity in practice : why and how to get GPs moving. Br J Gen Pract ; 2019;276-277. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X703769>
5. 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 DOI :10.1136/bjsm.2008.055426
6. López V, Mayo X, Liguori G, Copeland R.J, Lamb M, Jimenez A. Changes in sedentary behaviour in European Union adults between 2002 and 2017. BMC Public Health ; 2020 :20(1) :1206. DOI: 10.1186/s12889-020-09293-1
7. Observatoire de la Santé du Hainaut. Santé en Hainaut n° 12 : Tableau de bord de la santé 2016 [en ligne]. 2016. [Consulté le 02/05/2020] Disponible sur : https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/2018/06/Sante_en_Hainaut_12_TBS-2016_full_v2.pdf
8. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques. Collection Expertise collective. Montrouge : EDP Sciences ; 2019.
9. Barthélémy JC, Berthouze-Aranda S, Bigard A, Marc C, Davenne D, Delamarche P et al. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. 2016.

10. Grosclaude M, Ziltener J.-L. Les bienfaits de l'activité physique (et/ou les méfaits de la sédentarité). *Rev Med Suisse*. 2010;6:1495-1498
11. Elley C R, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326:793 DOI:10.1136/bmj.326.7393.793
12. Observatoire de la Santé du Hainaut. Regard sur la santé des jeunes, Activité physique et sédentarité des jeunes en Hainaut. *Santé en Hainaut*. 2018;13.
13. Shumaker S, Ockene J, Riekert K. *The Handbook of Health Behavior Change*. 3th ed. New York : Springer Publishing Company ; 2009.
14. UCLouvain Infosphère. Plan de concepts – Extrait de infosphere/uqam.ca [En ligne]. S.d [Consulté le 15/03/2020]. Disponible sur : <https://bib.uclouvain.be/infosphere/boite-outils/documents-de-travail>
15. Inserm. Le MeSH bilingue – Information scientifique et technique [Internet]. 2020 [Consulté le 15/03/2020]. Disponible sur : <http://mesh.inserm.fr/FrenchMesh/>
16. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée - Cahiers de recherche sociologique Université du Québec, Montréal 1994, 23 : 147-181. DOI : <https://doi.org/10.7202/1002253ar>
17. Fédération Addictions, Santé Publique France. intervenir-addictions.fr [En ligne]. [Consulté le 03/04/2021] Disponible sur : <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/>
18. Obécentre. Questionnaire de Ricci et Gagnon modifié par Laureyns et Séné [En ligne]. 2015 [Consulté le 14/04/2021]. Disponible sur : <https://obecentre.fr/wp-content/uploads/2015/12/questionnaire-ricci-et-gagnon.pdf>
19. Chan C, Ryan D Assessing the Effects of Weather Conditions on Physical Activity Participation Using Objective Measures. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2009;6:2639-2654 DOI : 10.3390/ijerph6102639
20. Turrisi T.B., Bittel K.M., West A.B. et al. Seasons, weather, and device-measured movement behaviors : a scoping review from 2006 to 2020. *Int. J. of Behav Nutr Phys Act*. 2021;18:24. DOI : <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01091-1>
21. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. 2006 Jan 1;3:82-101. DOI : 10.1136/bmj.320.7226.50

Annexes

Annexe 1 :	Recrutement par voie électronique : mail type	37
Annexe 2 :	Guide d’entretien de l’étude	38
Annexe 3 :	Retranscription d’entretien et codification – Médecin 1	40
Annexe 4 :	Retranscription d’entretien – Médecin 2	49
Annexe 5 :	Retranscription d’entretien – Médecin 3	56
Annexe 6 :	Retranscription d’entretien – Médecin 4	63
Annexe 7 :	Retranscription d’entretien – Médecins 5 et 6	69
Annexe 8 :	Retranscription d’entretien – Médecin 7	80
Annexe 9 :	Retranscription d’entretien – Médecin 8	85
Annexe 10 :	Retranscription d’entretien – Médecin 9	90
Annexe 11 :	Test d’autoévaluation d’état d’activité physique – Ricci et Gagnon	95

Annexe 1 – Recrutement par voie électronique : mail type

Cher/chère confrère/consœur,

Je suis actuellement en dernière année de master complémentaire de médecine générale.

Je vous contacte dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème principal est la sédentarité. Je cherche à détecter quels seraient les freins à donner des conseils en matière d'activité physique.

Pour ce faire, je suis à la recherche de participants médecins généralistes du Tournaisis qui seraient d'accord d'être interviewés.

Cela durerait quinze à vingt minutes.

Aucune donnée personnelle ne sera présente dans mon travail.

Je reste disponible pour les modalités de cet entretien.

Je vous remercie pour toute l'aide que vous pourriez m'apporter via cette interview,

Docteur Floriane Prevost (+ numéro de téléphone)

Annexe 2 – Guide d’entretien de l’étude

Question de départ : « Comprendre quelles sont les limitations rencontrées par les médecins du Tournaisis dans le conseil d’activité physique auprès de leurs patients sédentarisés et dégager des pistes de solutions pour améliorer le taux de conseil des praticiens ».

Etape 1 du questionnaire : me présenter, donner le cadre au travail de fin d’études et le but. Expliquer l’anonymat des participants.

Etape 2 : demander au participant de se présenter rapidement (format du questionnaire médecin numéroté à faire remplir)

- Genre : ☐ F ☐ M
- Âge : tranche large
- Type de pratique : ☐ rural ☐ semi-rural ☐ ville
☐ maison médicale ☐ pratique solo ☐ assistant
- Lieu de pratique : intramuros ou périphérie

Etape 3 : le questionnaire. Comprendre si à chaque étape cela représente un frein à conseiller de l’activité physique pour le médecin généraliste.

I. Généralités

1. Quelle est votre définition d’un patient sédentaire ?
2. Quels conseils donneriez-vous à un patient sédentaire ?

II. Connaissance d’un projet local de sport sur ordonnance

3. Il existe à Leuze en Hainaut un projet d’une activité physique sur ordonnance. En avez-vous entendu parler ?

III. Patient

4. A quel profil de patient pourriez-vous conseiller l’activité physique ? Est-ce qu’il y a des patients sédentaires à qui vous ne pourriez pas conseiller de l’activité physique (les contre-indications à l’activité physique) ?
5. Comment pourrait-on sensibiliser les patients ? Et de les motiver à tenir sur la longueur ?

6. Quels sont les effets mesurables médicaux ou autres que vous souhaiteriez se voir modifier ? Comment obtenir un feedback médical ?
7. Lorsque l'occasion se présente quels types d'activité physique auriez-vous tendance à conseiller ? Pour quelle raison ? Selon vous, quelle est la durée « idéale » d'une activité physique ?
8. Comment pensez-vous réaliser un feedback (Feedback du RESENTI du patient) ?
9. Est-ce que le numérique a sa place dans le conseil d'un patient ou est-ce un frein ?
10. Que pensez-vous de mettre en place un cadre légal ou administratif en soutien à votre conseil d'activité physique ?

IV. Médecin

11. Est-ce le rôle du médecin généraliste d'assurer ce conseil ?
12. Pratiquez-vous vous-même une activité physique ? Est-ce que cela influence la prise en charge de vos patients ou cela représente un frein ?
13. Une prise en charge multidisciplinaire est-elle nécessaire ? Avec quels intervenants ?
14. Ressentez-vous le besoin d'une aide de type formation pour le conseil d'une activité physique pour vos patients ?

Annexe 3 - Retranscription d'entretien et codification - Médecin 1

Données sociodémographiques : femme, assistante en médecine générale, tranche d'âge : <30ans, en périphérie de Tournai

Identification des participants à l'entretien :

M1 = Médecin 1

FP = Floriane Prevost (Chercheur)

FP : Je vais commencer par ma première question. Pour vous, ce que vous définiriez comme un patient sédentaire ? Quelle en est votre définition ?

« Codage »

M1 : Alors... Pour moi... la sédentarité, c'est bouger moins de trois fois par semaine 30 minutes. Vraiment par rapport aux recommandations plutôt de l'OMS mais voilà.

Déf
sédentarité/Notion
temporelle/se
mouvoir

Recommandations
OMS

FP : Vous avez déjà lu les recommandations de l'OMS concernant l'activité physique ou en avez-vous déjà eu connaissance des recommandations ?

Mémo : Participant
hésitant
« Déjà vu »

M1 : [Légère hésitation] Il me semble les avoir revues il n'y a pas si longtemps que ça, mais à vérifier. Mais, pour moi dans ma tête, c'est au moins 30 minutes 3 fois par semaine.

Maitrise ? des
recommandations

FP : Si vous deviez quand même donner des conseils à un patient sédentaire ?

Progressivité

M1 : D'y aller progressivement. Donc quelqu'un qui n'a pas l'habitude de bouger, je ne lui proposerai pas, tu vois, des activités sportives trop élevées. De la marche au moins tous les jours ou au moins trois fois par semaine 20 à 30 min et puis progressivement tous les jours.

Manque d'habitude
du patient

Moyen = Marche /
temporalité d'AP

FP : Si je résume la marche est l'activité que vous conseilleriez ?

M1 : Non, qu'à des très sédentaires. Je commencerais par ça et au fur et à mesure on intensifie. Qu'ils ne se dégoutent pas trop.

Sévérité perçue de la
sédentarité
Eviter le dégoût
(renforcement
négatif)

A noter, un défaut d'enregistrement via le dictaphone à ce moment-là. Nous avons donc repris les questions depuis le départ.

FP : Quelle est votre définition d'un patient sédentaire ?

M1 : Pour moi un patient sédentaire c'est un patient qui bouge moins de 3 fois par semaine au moins 30 minutes. Pour moi en tête. J'ai l'impression de me souvenir de vagues notions de l'OMS avec des

Déf.
sédentarité/notion

recommandations pareilles et je ne sais plus de quand elles datent et si c'est vraiment exact.

temporelle/se
mouvoir

FP : OK et si vous aviez des conseils à tout de même fournir à un patient sédentaire ?

Recommandations
Hésitation sur les
connaissances

M1 : Donc déjà faut y aller très progressivement avec quelqu'un qui n'a pas l'habitude de bouger pour ne pas dégoûter le patient. Donc moi je débute, quand ça m'arrive, toujours par de la marche, de proposer de bouger au moins 3 fois par semaine 20 à 30 minutes et l'objectif c'est de faire tous les jours évidemment après l'objectif c'est de faire d'autres activités et d'étendre mais ultérieurement pas à pas, vraiment très lentement.

Progressivité

Renforcement
négatif : dégoût

Objectif quotidien

Moyen : marche

FP : D'accord, progressivement alors ?

M1 : Oui, vraiment le mot c'est progressif.

Progressivité

FP : D'être progressif. Et l'activité de forte ou de faible intensité ?

M1 : Modéré. Donc quand je dis « marche » le but ce serait une marche avec une intensité modérée donc ni trop lente ni trop rapide.

Intensité de marche
moyenne

FP : Comme si on marchait à côté d'enfant ?

M1 : Oui un peu plus rapide que de la marche cool / d'intensité modérée.

FP : Alors, il existe comme à Frasnes et à Leuze-en-Hainaut un projet d'activité physique sur ordonnance, est-ce que vous en avez déjà entendu parler ?

Manque de
connaissance « projet
AP sur ordonnance »
de la région

M1 : Non, honnêtement non.

FP : Il s'agit d'une idée d'une prescription « verte » d'activité physique. En quelque sorte prescrire à ses patients une ordonnance de sport adaptée et encadrée. Et donc cette ordonnance sert un peu de point de départ pour les patients qui seraient sédentaires mais pour d'autres pathologies aussi. Vous trouveriez cela utile à votre pratique de médecine générale ?

Avis positif

M1 : Franchement moi je trouve que c'est une excellente idée. Moi, j'en avais déjà entendu parler en France. Je me demande s'ils n'ont pas été un peu précurseur par rapport à nous c'est possible ?

Projet similaire en
France = pays
précurseur ?

FP : C'est possible oui... Il y en a un Strasbourg notamment. Comparativement à Strasbourg on est sur peut être une dizaine de milliers de patients par rapport à Leuze...

M1 : Je pense que vraiment c'est une excellente idée. Au moins ça fait comme un projet le fait de le faire par ordonnance c'est encore différent que de le dire à voix haute. Ça légitime un peu, je pense que pour les patients c'est bien, c'est mieux.

Sur ordonnance =
légitime le conseil
d'AP

FP : Et qu'est-ce qui légitime ?

M1 : Le fait de nous-même prescrire, on pourrait comparer ça des médicaments.

AP comme un
médicament

FP : Ah oui c'est ça. Oui comme une prescription de médicaments.

M1 : Plus dans cette idée c'est ça qui rendrait plus légitime que parfois c'est vrai qu'on donne énormément de conseils oraux à tous les niveaux pas que pour le sport. Mais le fait que ça soit une ordonnance les gens qui viennent ils attendent de nous (souvent) une ordonnance, des actes techniques ou des demandes et le fait de le voir sur un papier et bien pour eux la vision sera complètement différente pour moi.

Légitime le
conseil/rôle du MG

Attente des patients
(comme une
prescription)

FP : D'accord, sur papier le patient serait plus « conciliant » qu'un simple conseil donné.

M1 : Oui ça renforcerait la demande faite oralement. L'écrit ça renforce aussi quoi.

Renforcement du
conseil

FP : Ok et donc vous en pensez quoi que de mettre un cadre « administratif » ou légal à ce conseil d'activité physique ?

M1 : Comme pour toute chose en médecine qui devient sur ordonnance ou comme pour toute demande je pense que c'est mieux. Parce que ça renforce en fait, après ça dépend du cadre légal car au niveau juridique ce n'est pas trop mon domaine.

Acceptation du cadre
administratif

Pas trop son truc

FP : Est-ce que ce serait un frein de mettre un cadre « administratif » ou légal ?

M1 : ça a des avantages et des inconvénients.

FP : Et qui sont lesquels pour vous ?

M1 : (moment de réflexion) L'avantage c'est que de nouveau ça légitime. Donc ça renforce la demande tout comme pour un médicament tout comme pour une demande d'examen et tout ça. Il faut quand même chaque fois le consentement éclairé du patient aussi. Faut faire attention à tout ce qu'on prescrit, c'est à chaque fois une responsabilité et les patients le savent aussi ça va dans les deux sens. Mais l'inconvénient

Mémo moment de
« malaise » pour le M1

Légitime la demande

Responsabilité de la
prescription ou

c'est que du coup ça devient légal donc tout ce qui est légal peut se retourner contre nous indirectement.

« Retour de manivelle »

FP : OK. Alors pour revenir un peu au patient lui-même. Est-ce qu'il y a des patients sédentaires à qui vous n'auriez pas tendance à prescrire ou de conseiller de l'activité physique ?

M1 : moi je pense que c'est comme pour le tabac, l'alcool, comme pour tout ... il faut quand même un peu d'envie et de motivation. Moi déjà les patients que j'enverrais pour ce genre de chose ce serait déjà des patients avec un peu de motivation parce que des patients complètement désabusés, démotivés je ne pense pas que ce serait très utile en premier lieu donc eux faudrait vraiment qu'on insiste. Et alors je pense à tous des patients qui ont des insuffisances, des comorbidités et qui ont du mal souvent à se mobiliser je pense notamment aux diabétiques, ceux qui sont en surpoids (l'obésité parfois c'est compliqué aussi). C'est ceux à qui je penserais en premier. Et même parfois des patients plus âgés qui sont parfois motivés mais qui ont du mal à s'émanciper eux aussi.

Motivation et envie du patient (//tabac et alcool)

Minimum de motivation de base

Pathologies du patient/Motilité

Age du patient/Entame la motivation

FP : et est-ce que l'âge est une limite à l'activité physique ?

M1. Non je ne pense pas. Parce que justement je remarque que de plus en plus j'ai des patients âgés qui me disent que justement ils marchent et tout ça mais faut juste un peu les motiver pour renforcer leur dire : « faites-le encore plus ». Pour moi pas spécialement après ça dépend de l'état physiologique, de l'âge physiologique plutôt.

Age un frein sans en être un/renforcement motivation !

FP : Comment sur le long terme on pourrait sensibiliser ces patients sédentaires ou autrement dit comment les motiver vraiment à tenir sur la longueur, de continuer à faire de l'activité physique ? Comment arriveriez-vous à les encourager ?

M1 : Un suivi régulier alors. Il faudrait un suivi régulier comme pour tout le reste finalement, être régulier. Donc ne pas les laisser tomber et aller un peu plus loin. Donc peut-être les revoir toutes les deux semaines, puis tous les mois etc. Ne pas les lâcher comme ça.

Régularité du suivi

Nécessité d'un feedback/Temporalité du feedback

FP : Donc faire un rétroplanning avec le patient et de dire voilà vous revenez tous les X temps ?

M1 : Oui comme pour un suivi de diabète hyper décompensé et qu'on suit de très près ou des gens qui sont très déprimés qui n'ont pas le moral et qu'on suit de très près aussi. Et quand on atteint un certain cap et bien... étendre les laps de temps donc les intervalles les faire de plus en plus longtemps mais prendre bien le temps au début quoi. Donc faire un rétroplanning oui.

Rétroplanning // à d'autres pathologies

Avoir un but fixé/temporalité du feedback

FP : Quels sont les effets mesurables médicaux ou autres que vous aimeriez se voir modifier chez vos patients ? Et comment en obtenir un feedback médical finalement ?

M1 : déjà une première chose ce serait qu'il se sente mieux globalement. Ça serait moralement d'abord. Ensuite, au niveau médical il y a le poids mais ça la notion du poids on sait très bien que le muscle pèse plus lourd que la graisse et qu'il n'y aurait pas que le poids à prendre en compte mais l'état musculaire global du patient voir un peu ce que ça donne et pour mesurer ça serait via notamment des balances mais pas que les balances. Une prise de sang aussi parce qu'il y a tout ce qui est cholestérol tout ce qui est aussi glycémie voir aussi si les glycémies se stabilisent, les hémoglobines glycosylées deviennent meilleures voir un peu ça.

Bien-être global
Moral

Effets mesurables
médicaux : poids, état
musculaire,
cholestérol, glycémie
(HbA1C)

FP : OK je vois très bien. Donc on a déjà répondu à la question que j'allais poser sur le type d'activité que l'on aurait plutôt tendance à prescrire. Je ne sais pas si vous avez des remarques ? Vous m'aviez parler de la marche. D'autres choses ?

M1 : oui donc moi c'est vrai ... après le contexte est un peu particulier en ce moment donc on est un peu plus restreint dans nos propositions mais tout ce qui est natation, piscine ça j'aurais tendance vraiment à insister parce que c'est un sport doux sans trop de frottements donc ça ne pourrait pas faire de tort. Je réfléchis ... le vélo aussi en fonction du type de patient il y en a qui ça conviendrait bien et d'autres pas du tout. Mais au moins ces 3 activités là. La course à pied, je trouve ça plus compliqué à proposer, il faut déjà un bon niveau de base et si les patients sont en surpoids et tout ça c'est difficile à suivre. Donc ça je n'aurais pas tendance à proposer en premier lieu donc plutôt marche, natation ou le vélo ou le renforcement musculaire aussi.

Situation
sanitaire/restriction

Moyen d'AP « doux » :
natation, vélo

Conditionnement
physique

FP : Donc pour vous c'est réalisable dans votre pratique de demander cela à vos patients ?

M1 : Ce serait le plus réalisable mais après chaque patient est différent et on pourrait étendre en fonction du type de patient il y a plein d'autres activités évidemment mais je commencerais par ça pour ce type de patients qui sont sédentaires.

Variétés d'AP

Patient-dépendant

FP : Comment penseriez-vous réaliser un feedback mais cette fois ci pour obtenir le ressenti du patient ?

M1 : Donc par le suivi dont on avait parlé plutôt par le rétroplanning. Donc chaque fois le sonder un peu et voir avec lui : qu'est-ce que ça vous fait ? Est-ce que vous voyez différemment les choses ? Est-ce que ça a

Rétroplanning/sonder

changé quelque chose dans votre vie ? S'ils se sentent plus en forme. Voir un peu l'état général et mental parce que souvent quand on fait du sport on se sent mieux parce que c'est gratifiant donc de voir un peu et sonder un peu le patient à ce niveau-là.

Effet global positif sur le patient : moral, forme, état mental

Renforcement positif (Gratifiant)

FP : D'accord. Si je résume vous poseriez directement la question ?

M1 : Oui.

FP : Est-ce que le numérique (par des applications/logiciels médicaux) a sa place dans ce feedback ? Et deuxièmement cela vous intéresse de travailler avec ces outils-là, si ce n'est pas déjà le cas ?

M1 : Oui mais de nouveau ça dépend du type de patient donc de son âge, de son état comment dire, de sa connectivité. Il y a des patients très connectés, d'autres pas du tout. Mais pour certains on sait bien que par exemple pour la perte de poids tout ce qui est Weight Watchers et tout ça c'est un des trucs les plus efficaces donc pour certains oui ce serait un excellent outil mais ça ne conviendrait pas à tout le monde. Que pour certains types de patients connectés et pour assurer un bon suivi ce serait un bon outil mais pour d'autres peut être plus âgés ou moins connectés ou moins intéressés peut-être pas.

Manque de connectivité

Comparatif à des méthodes « régime »

FP : Alors on va passer au médecin en lui-même. Est-ce que vous trouvez que c'est le rôle du médecin généraliste finalement d'assurer ce rôle de conseil à l'activité physique ?

M1 : Pour moi oui parce tous les jours on a des patients qui viennent nous voir pour des problèmes globaux de mal-être déjà rien que ça, de poids tous les jours aussi. Donc oui, ça peut paraître bête aussi mais tout ce qui est constipation combien de patient de tout âge des enfants comme des adultes viennent nous voir pour ça aussi parce qu'en fait ils ne bougent pas on se rend compte donc on fait le tour de la question on redonne toutes les règles hygiéno-diététiques puis on se rend compte que le patient il ne bouge pas donc on ne peut pas avoir un transit très important. Donc oui c'est tout à fait notre rôle, parce que notre rôle c'est global en fait. Donc ce n'est même pas que l'activité physique le fait de bouger ça intervient dans tous les systèmes donc oui. Et c'est vrai que je parlais de ça mais même le souffle, fin la capacité pulmonaire fin pour tout donc oui.

Responsabilité : vision globale du patient

Manque d'AP
→ Mauvais transit

Centralité du MG/globalité

Second souffle

FP : Parce qu'un peu en lien avec le fait du rôle central du médecin généraliste, le fait de déléguer ça ou en tout cas de faire une prise en charge multidisciplinaire vous trouvez ça nécessaire et si oui avec quels intervenants ?

M1 : C'est toujours plus intéressant d'avoir une prise en charge multidisciplinaire. Après c'est une histoire de temps et de réseau en fait donc faut avoir des bons partenaires mais comme pour tout on sait que ça marche très bien. Pour le suivi des diabètes c'est vrai que c'est un suivi multidisciplinaire et c'est comme ça que ça fonctionne. Donc pour moi le mieux ce serait multidisciplinaire mais en pratique parfois c'est compliqué.

Intérêt de la multidisciplinarité

Prendre le temps

Le réseau : difficile en pratique

FP : Plus compliqué dans la pratique, pourquoi cela ?

M1 : Donc ça voudrait dire qu'au départ donc faudrait apprendre à connaître les gens dans le milieu et avoir un contact facile, savoir les appeler facilement, référer le patient facilement à eux, qu'ils soient disponibles aussi donc ça irait dans les deux sens quoi.

Accessibilité et disponibilité du réseau

Il y a des fois franchement pour contacter des spécialistes et tout ça c'est compliqué quand même. Faut savoir être patient.

FP : Quels ressentis avez -vous par rapport aux conseils d'activité physique ?

M1 : Je trouve ça intéressant justement parce que ça voudrait dire nous les médecins généralistes on ne se résume pas justement à prescrire que des médicaments et qu'on peut aider des patients par d'autres moyens non médicamenteux et tout aussi efficaces. Moi pour moi je trouve ça gratifiant.

Médecin ne se résume pas qu'à la prescription

FP : Très bien. Et vous concernant, est-ce que vous pratiquez vous-même une activité physique ?

M1 : Je pratiquais (rires). Moi la course à pied j'ai toujours apprécié mais depuis ma grossesse j'ai fortement arrêté, réduit mais j'essaye tous les jours peu importe ce qu'il se passe c'est de bouger fin de marcher au moins 20-25 minutes à bonne allure. Donc ça, je faisais aussi de l'équitation mais est-ce que c'est une activité physique ? ça travaille certains muscles donc ça cela dépend des points de vue.

Limitation de l'AP à cause d'une grossesse

AP : Essayer tous les jours

FP : Ça reste une activité physique je pense aussi.

M1 : Oui quand on la pratique, c'est vrai que je la pratiquais quasiment tous les jours au quotidien oui comme pour tout en fait donc oui.

FP : Être vous -même sportive, cela vous aide à la prise en charge de vos patients ?

M1 : Sûrement, parce que quand on connaît mieux un domaine où quand soi-même on est acteur et qu'on connaît. On peut aider mieux nos patients quand on a du ressenti soi-même. Qui peut toujours être

Conseiller ce que l'on connaît

meilleur, qui peut toujours être amélioré d'ailleurs mais oui ça influence quand même nos patients indirectement oui.

FP : OK. Est-ce qu'il y a assez de « formation », d'aide aux conseils à l'activité physique dans la pratique ?

M1 : Oui honnêtement j'en parle déjà mais je pense qu'avoir des formations c'est comme pour tout ça aide à clarifier. Et à mieux savoir et donner un cadre et justement pour tout ce qui est réseau et tout ça ben apprendre à connaître d'autres acteurs et savoir un peu mieux ce qu'on fait. Parce que tout seul dans son coin souvent on manque un peu d'idées ça peut être que bénéfique en fait.

Manque de formation

Formation = moment de connaissance du réseau

Isolement du MG

FP : Entre médecins généralistes ?

M1 : Non, avec d'autres acteurs justement ça peut être des préparateurs physiques, des kinés, ... Pour avoir d'autres points de vue justement et voir un peu ce qu'eux attendent de nous et nous ce qu'on peut faire aussi. Que ce ne soit pas que nous.

Formation = diversité de points de vue

FP : Alors quels serait vos conseils de formation ou d'installation de projet de sport sur ordonnance ?

M1 : alors ... Déjà peut-être sensibiliser tous les médecins du Tournaisis à cette problématique donc à l'activité sportive, à la sédentarité des patients surtout que là avec la période qu'on a, les gens sont devenus encore plus sédentaires par la force des choses, vu qu'on peut beaucoup moins faire de choses qu'avant. Donc ce serait vraiment intéressant justement de faire assez rapidement quelque chose à ce niveau-là. Et les conseils... (réflexion) comme conseils... Alors commencer par en parler, et essayer de franchement déjà en parler un maximum parce qu'il y en a très peu je pense qui le savent et qui y pensent. On n'en parle pas assez.

Sensibiliser tous les MG

Covid/Majoration de sédentarité

Place de la parole

FP : On n'en discute pas assez je note, peut-être un soutien des médias ?

M1 : Sensibiliser. Oui c'est ça sensibiliser un peu plus donc proposer des formations, même des articles, des choses qu'on soit au courant.

Moi je remarque que quand on a des formations qui sont loin, c'est compliqué d'y aller donc c'est vrai que si sur Tournai il y avait un pôle ou sur Mons enfin pas trop loin ça nous aiderait quand même parce qu'aller sur Bruxelles c'est plus compliqué pour nous. Donc dans la région même ce serait bien qu'il y est un centre ou un centre possible quoi des personnes de références oui.

Formation/sensibiliser

Distance des lieux de formations

FP : OK, merci. Avant que je n'éteigne le dictaphone je ne sais pas si vous avez d'autres remarques ou d'autres questions, d'autres choses ?

M1 : Oui, c'est un beau sujet et il y a beaucoup de choses à dire et à faire. Et on se rend bien compte actuellement que notre société est de plus en plus sédentaire donc je pense qu'on doit tous travailler là-dessus et comme pour tout faut que les personnes soient finalement motivées eux-mêmes donc faut qu'on arrive nous-même à leur trouver de la motivation et être bien au courant de la question pour les aider au mieux. Donc ça ne peut être que bénéfique.

Majoration de la
sédentarité

La motivation ! Se
motiver à motiver

FP : Merci beaucoup pour ta participation.

M1 : Avec plaisir.

Annexe 4 - Retranscription d'entretien - Médecin 2

Données sociodémographiques : Homme, médecin généraliste solo, tranche d'âge : >60ans, en périphérie de Tournai

Identification des participants à l'entretien :

M2 = Médecin 2

FP = Floriane Prevost (Chercheur)

FP : Donc cela sera décomposé en trois parties, ça ne va pas durer longtemps. Il y a les généralités, puis sur la partie patiente en elle-même et puis sur les médecins. D'abord pour commencer, quelle est votre définition de la sédentarité ?

M2 : Pour moi ? ... Et bien ce sont des gens qui ne bougent plus soit lié aux problèmes physiques, ou aux problèmes psychologiques, ou problèmes familiaux voilà c'est ça.

FP : Des gens qui ne bougent plus...

M2 : Voilà, ça peut être lié aux pathologies, ça peut être lié aux troubles physiques, mais ça peut être lié simplement aux problèmes familiaux. Plus de famille et plus d'amis.

FP : (prise de notes)

M2 : Il y en a peut-être moins en milieu rural qu'en milieu urbain.

FP : Et comment ça ?

M2 : Les gens vont plus les uns chez les autres en milieu rural. Plus d'activités organisées peut-être et le milieu urbain est peut-être plus isolé. Je me rappelle quand j'étais étudiant au sein d'un immeuble je n'ai jamais vu personne.

FP : D'accord, plus d'isolement...

M2 : Les gens ne se connaissent pas, quoi. C'est au bout d'un an que tu tiens, tu vois enfin. Qu'ici il y en a moins, il y a moins d'immeubles, moins dans le village ici.

Les gens vraiment isolés je n'en connais pas, des gens sédentaires peut-être mais isolés pas parce que c'est genre tu sais, ce sont les jeux de cartes, les 3x20, ce sont les activités X ou Y, ... Il y a des marches aussi, les gens se groupent comme ici le COVID fait peut-être plus bouger les gens... ça peut influencer des comportements ... dans le bon sens comme dans le mauvais, tu as parfois des gens qui se terrent et qui ne peuvent plus bouger, ça il y en a des gens à risque qui se ... (long moment)

FP : Qui se barricadent ?

M2 : Oui.

FP : Et si vous deviez quand même donner des conseils en général, quand on est face à un patient détecté sédentaire, en médecine générale vous auriez tendance à promulguer quels conseils ?

M2 : Aujourd'hui, surtout pour les personnes plus âgées il y a des activités quand même les 3x20, les activités organisées, les maisons de villages, les gouters, enfin ils font d'autres trucs ils ont organisé des gouters une fois par mois, ou à la bibliothèque, ...

FP : Et ça, c'est ce qu'en tant que médecin généraliste vous conseilleriez ?

M2 : oui, avec la commune tu fais pas mal, ils organisent des ateliers coutures, ils font... La commune c'est une commune qui bouge quand même pas mal ici, dans le Hainaut. Donc ils organisent quand même pas mal de trucs.

FP : Donc on cherche une commune qui doit être vivante, stimulante pour pouvoir encore plus conseiller de l'activité physique ?

M2 : Ça doit être stimulant. Faut avouer que [Nom d'un Bourgmestre] même si on n'est pas d'accord avec, il a quand même fait pas mal de choses notamment la maison de village qui est ici donc ça ce sont des lieux de rencontre faciles.

FP : (Prise de notes) ... Donc la maison de village comme lieu de rencontre....

M2 : Je te dis les gens au village se connaissent plus, quasi tous, parfois j'apprends le matin que quelqu'un est décédé puis quand je promène : « vous avez appris que... »

FP : Ça parle.

M2 : C'est fou, c'est dingue (rires)

FP : Ça j'ai déjà remarqué.

M2 : Bon c'est comme ça.

FP : Il existe notamment pas très loin de Tournai (à Frasnes et à Leuze-en-Hainaut) un projet d'activité physique sur ordonnance, est-ce que vous connaissiez ce genre de projet ?

M2 : Non. Par contre moi c'est vrai qu'on demande parfois pour des personnes qui bougent mal que j'ai une dame ici qui a 76 ans et qui a des difficultés de déplacement avec la COVID elle bouge moins parce qu'avant elle allait quand même avec sa fille et elle m'a demandé de faire un peu de kiné pour promener donc la kiné la prend et la promène pour un petit mieux lui donner voilà quoi.

Mais ça peut être intéressant. Ça peut être intéressant maintenant faut pas tout demander que le fédéral organise des trucs je pense que les gens peuvent le faire eux-mêmes moi c'est ce que je vois parfois ici, notamment au niveau communal, il ne faut pas de prescription médicale. Mais en fonction de l'âge et des pathologies on peut organiser des histoires, des marches, du vélo pour ceux qui veulent faire du vélo.

F.P : C'est justement une de mes questions : A quel type de patient sédentaire, vous parleriez d'activité physique et quel genre d'activités physiques auriez-vous plus tendance à conseiller si vous en aviez l'occasion ?

M2 : Tout est différent en fonction des capacités, l'âge n'est pas un frein à faire x ou y mais ça va de l'activité vélo ça peut se faire, il y a des groupes j'en vois parfois passer ici il y en a plein que je ne connais pas, avant il y avait un club de vélo, et des marches, des marches organisées puisqu'il y a quand même de possibilités par ici. Je sais qu'ils organisent parfois (la commune) des visites en car ça se fait aussi. Où là les gens bougent plus lorsqu'ils sont en société que tout seul ils n'auraient pas été. En gros c'est des moutons de panurge. Sans être péjoratif.

F.P : Donc si je comprends bien un des freins à conseiller l'activité physique ce serait l'isolement du patient ?

M2 : Voilà, je pense que les gens tout seuls n'iraient peut-être pas... ou n'écourent pas. Il y en a comme ici au coin de la rue, ils ne veulent rien faire c'est un problème psy rien, « NON » en bloc donc ça dépend aussi des gens même si on les secoue.

F.P : Et vous faudrait-il une base d'entretien ? il faut une consultation prévue pour ...

M2 : Et bien je pense qu'on pourrait le faire systématiquement de donner un avis quand on voit qu'il y a des gens qui ne bougent pas et bien faut leur dire faut un petit peu bouger, vous connaissez des gens... Et puis on finit par bien connaître nos patients de savoir avec qui ça va... enfin ça bouge et encore une fois je te dis le COVID est un petit peu un facteur déclenchant puisqu'on ne pouvait faire que ça. A la première vague on ne pouvait pas bouger donc les gens marchaient, moi- même j'ai découvert des chemins que je ne connaissais pas du tout alors que je suis ici depuis 40 ans (rires). Surtout derrière c'est des champs mais c'est dingue. C'est rempli de chemins, les anciennes digues, et c'est vrai qu'on voyait énormément de gens promener.

F.P : Et ça devrait faire partie des « leviers » à l'activité physique d'avoir un aménagement du territoire ?

M2 : Bien sûr. Bien sûr je pense que plus tu as des stimulants mieux c'est ça c'est certain.

F.P : Est-ce qu'ici à Tournai... est-ce ça manque ou cela vous coince ?

M2 : Il y a des trucs d'organisés maintenant il y a toujours moyen de faire mieux je pense. En termes de balade c'est plus personnel là il y a des activités de rencontre ça c'est plus communal, des activités de balade organisées par la commune, je ne connais pas. C'est plus des groupes de marches (Memo hors enregistrement : sa femme fait aussi partie d'un groupe de marche). J'aime mieux les balades dans les champs...

F.P : La ville ce n'est pas attrayant ?

M2 : Non.

F.P : On avance... Je rebondis sur quelque chose qu'on avait déjà parlé tout à l'heure, peut-être de mettre entre guillemets si l'on veut un cadre « administratif » du conseil de l'activité physique, vous trouveriez cela utile ou cela vous freine dans vos conseils ?

M2 : ça pourrait être intéressant mais ça doit être quand même bien encadré et avec un cadre législatif là-dedans. Faut pas non plus tout ... maintenant c'est comme les gens qui disent : « ouais ça c'est cher » mais c'est des mecs qui grillent 2 paquets de clopes par jour. Maintenant faut pas non plus que les gens soient trop dépendants de ce qu'on leur dit, il faut un petit peu qu'ils se bougent aussi. Je pense qu'on peut leur mettre un cadre, ça peut avoir un intérêt par exemple un remboursement pour certaines activités ça pourrait être intéressant quand ça débouche à un mieux-être physique ce n'est pas de faire plaisir à vous payer du festif ou du voilà. Comme on fait pour des rééducations cardio, ou pulmonaires, ou post AVC, ou tout ce qu'on veut. Et les mutuelles là-dedans ?

F.P : Il y a une prise en charge à l'échelle de certaines communes, à l'adhésion à un club pour certaines mutuelles...

M2 : Ah bon ? Mais tu sais on est noyé sous les réglementations, sous les trucs, telle mutuelle qui fait ci, telle mutuelle qui fait ça, qui ne fait pas ci, qui ne fait pas ça...

F.P : Donc je résume un peu tout ça comme un blocage sous le poids de réglementation ? Et par un manque peut-être d'accès à certaines informations ?

M2 : Oui mais je pense qu'il y a tellement d'infos maintenant pour tellement de trucs que trop d'infos noie l'info.

F.P : Super, ça. Donc j'avais une question mais ça se rassemble un petit peu donc j'avais une question qui disait une fois détecté le patient sédentaire comment sensibiliser les patients, les motiver à tenir sur la longueur ?

M2 : Non, je pense que une fois que les gens accrochent c'est toujours un petit peu le coup pied au derrière une fois qu'ils sont dedans bien ils mordent et puis c'est parti. Moi je pense deux trois qui font de la marche et bien je ne les aurais jamais imaginé faire ça mais tous les jours, tous les jours, tous les jours, ... Qu'il pleuve, qu'il vente boum ils marchent.

F.P : Comme une « drogue » on va dire, une addiction ?

M2 : ou ça devient ... (rires).

F.P : Ils ont besoin de leur dose d'activité physique.

M2 : Oui.

F.P : Quels sont les effets mesurables on va dire médicaux auxquels on s'attend à voir de la part de nos patients, comment en fait réaliser un feedback médical quand on les voit en consultation ?

M2 : Je pense que les personnes qui ont une bonne activité physique ça se répercute quand même à tous les niveaux surtout au niveau cardiovasculaire ou pulmonaire. Et donc une activité correcte, ils récupèrent plus vite au niveau tensionnel ou niveau souffle simplement. Ça se voit déjà chez les jeunes qui font un sport toute l'année, qui arrêtent en juillet et août, puis quand ils reprennent en septembre bien ils sont essouffés. Donc je pense que chez les plus âgés c'est peut-être moins visible mais ça se marque quand même quand tu fais une activité régulière tu es mieux, il te faut un rythme faut se remettre dedans sinon tu dis t'es fatigué faut que tu refasses ça, en disant ça te fait du bien, tu sens que ça te fait du bien, tu continues. Ils sentent le même, il y a un bénéfice que les gens ressentent. Comme la piscine, moi c'est l'expérience personnel mais quand j'ai arrêté le basket il y a longtemps, j'ai d'abord fait du vélo puis je ne foutais plus rien parce que bon le boulot voilà pour finir c'est un patient qui m'a dit tiens pourquoi tu ne viendrais pas nager donc c'est lui qui venait me chercher à 19h30 pour aller nager (rires). Mais bon il était 19h30 puis le temps de faire la route, de se déshabiller, nager, puis sortir et bien ta soirée elle était passée. M'enfin voilà ça c'est un des exemples mais j'ai vu qu'il y avait plusieurs personnes qui allaient à la piscine.

F.P : Donc si je comprends bien, ce qui bloque c'est un peu de manque de temps ?

M2 : Ça c'est ce que j'entends chez les gens actifs. Les gens actifs ce qu'ils font, c'est la marche le week-end. En vacances on marche tous les jours ou du vélo mais en semaine on n'a plus envie. Ma femme fait plus d'activités que moi mais on marche samedi/dimanche, le chien ça aide.

F.P : donc les vacances, les week-ends ce sont les moments idéaux. Quelle serait la durée idéale d'une activité physique ?

M2 : Pour moi c'est quelqu'un de régulier, faut pas grand-chose, faut pas grand-chose dans le sens des gens savent faire une petite balade d'une demi-heure c'est bon. Vaut mieux faire ça que de faire l'accro sans préparation. Où là ce n'est pas bon du tout.

F.P : C'est ça. Donc je note une petite demi-heure par jour

M2 : Par exemple, si on sait faire ça ne fut-ce que ¼ d'heure 2-3 fois par semaine c'est bien mais l'idéal moi je pense qu'une petite demi-heure par jour c'est pas mal. Autant essayer de le faire quand on fait les escaliers parce que je leur dis aussi. Des gens, simplement les calories je dis vous les brûler là ou

vous les trouver... s'il y a des escaliers ou un escalator, vous prenez l'escalator, ce sont des petits trucs mais qui permettent de faire du cardio sans en avoir l'air.

Moi ça ne m'intéresse pas parce que j'ai mal au dos.

F.P : Voilà, donc il y a certaines pathologies qui empêchent quand même, les lombalgies.

M2 : Mais faire de la marche moi je pense qu'on peut en faire tout le temps, tout le temps. C'est parce que les gens ne veulent pas, ça c'est sûr et certain. Prendre sa bagnole le matin pour aller chercher, il y a des gens qui prennent leur bagnole de la cité pour aller déposer leurs gosses. Alors que ce n'est pas loin. Un kilomètre en marchant pépère c'est un ¼ d'heure. Quand on visualise ça « bien oui c'est vrai ». Je crois qu'il faut se rendre compte que ce n'est pas long, ce n'est pas dur et à ce moment-là voilà les gens le font. Mais ici il y a beaucoup de gens qui marchent ça c'est vraiment régulièrement. Je pense que c'est plus les jeunes et les gens d'un certain âge qui marchent encore une fois c'est peut-être plus le temps, l'avantage d'avoir plus de temps. Les jeunes c'est un petit peu la course ceux qui bossent, aller chercher les gosses, revenir, machin, les courses, ... on n'a pas trop envie surtout quand il fait mauvais.

F.P : Donc on doit essayer d'atteindre une population plus jeune ?

M2 : Plus jeune je ne sais pas, les 30-35 ans les gens actifs.

F.P : Les gens actifs, parce que ça peut rebondir sur une autre question est-ce que le numérique (applications, smartphone, média, la radio) a sa place dans la prise en charge finalement du conseil d'activité physique ?

M2 : La prise en charge je ne sais pas, mais oui le stimulus.

F.P : Il existe des applications où voilà on décompte le nombre de pas...

M2 : Ah oui... il y a des gens qui ont ça, les connectés : « j'ai fait autant de pas aujourd'hui ». Oui je veux bien mais si c'est autant de fois dans ta chambre, dans le bureau non ce n'est pas ça. Je pense qu'il faut se dire, tiens je vais aller faire un tour et ah tiens, j'ai fait autant de pas. Alors là OK.

F.P : D'accord.

M2 : Mais ça peut-être un stimulant. Maintenant je sais que le sport sur ordonnance il y a eu des articles là-dessus mais à part ça. Je n'ai pas le souvenir d'avoir lu des trucs ou ...

F.P : Pas de brochures, ...

M2 : Non, rien maintenant c'est vrai que je ne lis pas tout non plus.

F.P : Est-ce que finalement ... est ce que c'est au médecin généraliste d'assurer ce conseil en matière d'activité physique ?

M2 : Je pense qu'on peut stimuler. De dire la plupart du temps « faut bouger ». On a quand même une population d'hypertendus, de diabétiques, de surpoids de tout ce que tu veux c'est un petit peu ça qu'il faut dire aux gens. Mais l'information doit être relayée peut-être ou organisée au niveau fédéral et relayée via les communes. Communes ou quartiers tout ce que tu veux ou dans les entreprises comme au Japon. Ça c'est un début, c'est là-dedans qu'il faut donner le goût dans les écoles quand tu vois comment c'est fait les cours de gym. Tu les vois courir autour du parc et tu en as la moitié qui se cachent pour voir le prof et continuer en marchant, ce n'est pas leur donner le goût de l'effort à part ceux qui aiment bien. Moi je pense c'est un truc qui doit se faire, les démarches doivent se faire très tôt, pour les apprendre à avoir le goût. Comme à l'unif', tu en as qui ne foutent rien et tu en as qui vont continuer à faire leurs activités. C'est un bénéfice mais l'organiser ce n'est pas évident. Je pense qu'on

peut venir d'en haut avec des incitants mais ça doit se répercuter sur notre cas au niveau local. Je pense on a tendance à centraliser mais je pense il faut redescendre, décentraliser, laisser...

F.P : Que chaque petite commune fasse sa popote.

M2 : Oui.

F.P : Parce qu'ici on a les infrastructures, on a de quoi faire ici ?

M2 : Bien sûr. Il y a des trucs qui sont fait mais bon il y a peut-être moyen sans doute de faire plus encore. Ça oui.

F.P : Une infrastructure où le médecin généraliste aurait un rôle central ?

M : Pour moi non, on peut être un facteur stimulant peut-être en disant... Voilà aussi la commune stimule les gens qui peuvent inciter comme nous autres qui voyons plus de gens si la commune nous dit toutes les activités qu'on fait en début d'année voilà... C'est bon tu mets une affiche ici et puis les gens là ce serait intéressant pour vous là oui dans ce cadre-là dans une forme de relais des pouvoirs communaux par exemple. Ça se serait pas mal. Moi c'est ce que je propose aux gens mais qu'ils le savent, la commune, les assistants sociaux, les maisons de familles montrent qu'il y a des activités comme ça les gens le savent. Mais c'est vrai qu'au niveau physique pur il y a des trucs d'organisés mais ce n'est quand même pas régulier. Je pense qu'il n'y a pas des activités de la commune bon voilà pour les 60-70 ou les 50-60 ou les activités mais il y a quand même pas mal d'activités quand on voit le hall sportif où ils font pas mal de choses différentes qui peuvent être faites par différentes tranches d'âge ça c'est intéressant. Mais ce n'est pas dans un cadre de promotion de l'activité physique au sens large.

FP : Je résume : le médecin généraliste et la commune doivent servir de relais pour le conseil d'activité physique. Et est-ce qu'une aide par d'autres intervenants est utile ? Pour le côté multidisciplinaire ?

M2 : Disons que je pense que par rapport aux activités, si on voit ça ainsi avec une commune qui propose des activités je pense à ce moment-là les gens pourraient être, toujours avec un papier avec une bonne santé ou être capable de, et à ce moment-là on pourrait discuter « tiens qu'est-ce que tu as envie de faire ? » « Ah bien j'aimerais bien faire ci », « bien oui c'est intéressant pour toi tu peux le faire ». Voilà ça on peut indiquer ou dire là ce n'est peut-être pas intéressant parce que ... ou des activités plus physiques ou par à coup comme le ping-pong ou des machins pareils là on peut donner une indication. Et le reste après je pense qu'au niveau communal ils peuvent avoir quelqu'un qui serait engagé pas comme prof de gym mais comme éducateur physique ça pourrait être intéressant d'avoir quelqu'un qui lui oui dans ce cadre-là peut-être aller voir votre médecin qui lui pourra faire un feedback des deux côtés.

F.P : Nous avons bientôt fini pas d'inquiétude. Votre ressenti en tant que médecin sur une comparaison entre conseiller une activité physique plutôt que de prescrire un médicament ?

M2 : Ah bien sûr, c'est plus positif. Combien de fois je dis aux gens : « tu perdrais 10 ou 15 kg, on supprime la moitié de tes médocs » ou « ton diabète il va disparaître ». Mais personnellement entre dire faut faire plus d'exercice et réellement le faire, il y a un gap.

F.P : Plutôt sur le médecin en lui-même, est ce que le fait de soi-même pratiquer du sport aide dans vos conseils aux patients ?

M2 : Ah ça peut-être un exemple, c'est comme le fait de pas fumer, c'est comme le fait de ... (rires). Bien sûr, je pense que le fait de faire des activités plus ou moins. Ici les gens le savent, ils m'ont vu tout faire, du basket, du vélo, à part la course à pied je n'aime pas. Ce sont les chevaux qui courent. (Rires)

F.P : Est-ce que vous ressentez le besoin d'une aide, d'une formation pour le conseil d'une activité physique ?

M2 : Non, je n'ai pas besoin d'aide je pense. Si on a le cadre je pense il n'y a pas besoin d'une formation, ça dépend un petit peu des gens si tu es toi-même sportif au départ tu vas motiver les gens.

F.P : Hum... C'est ça.

M2 : Je pense que si tu es sédentaire tu ne vas pas être motivé non plus.

F.P : peut-être un flyer ou quelque chose, est ce que ce serait utile à la recommandation d'une activité physique ?

M2 : Ça peut toujours être utile, ça peut être un soutien mais je vais dire le médecin en lui-même n'a pas besoin il devrait pouvoir être à même de le faire.

F.P : Encore des remarques avant que l'on termine ?

M2 : Tiens j'aimerais bien collaborer avec les confrères ou faire ci ou ça et organiser une prise en charge de stimulations physiques des habitants ça pourrait servir mais à ce moment-là puis la commune profiter de l'impact de diffusion de dire tiens on peut organiser ça, ça. Et alors en parallèle le médecin peut aider, ça serait intéressant de faire ci, de faire ça, que vous fassiez la promotion de tel truc par des bons, par des machins, voilà ça c'est intéressant mais c'est plus voilà...

F.P : Voilà c'est pour ça que je voulais faire un TFE qui se veut dans la promotion de la santé.

M2 : C'est intéressant, c'est dans l'air du temps je veux dire.

F.P : C'est ça.

M2 : C'est dans l'air du temps. On est trop dans la médicalisation, faut que les gens se prennent en charge c'est ça le problème.

Faut se bouger le cul. (rires)

F.P : En tout cas merci du temps que vous m'avez accordé

M2 : aucun problème

Annexe 5 - Retranscription d'entretien - Médecin 3

Données sociodémographiques : Femme, médecin généraliste solo, tranche d'âge : 30-45ans, en périphérie de Tournai

Identification des participants à l'entretien :

M3 = Médecin 3

F.P. = Floriane Prevost (Chercheur)

F.P : Tout d'abord, quelle est votre définition de la sédentarité ? Votre représentation de la sédentarité ?

M3 : Alors je pense que ce n'est pas si simple que ça... Ça dépend un peu de... déjà du niveau de base des gens. Parce que je pense que quelqu'un de sédentaire (hésitation)... Je dirais que ça dépend de ton niveau de base. Je pense que tu es sédentaire quand tu ne fais pas forcément d'activités physiques ou aucune activité physique. Il y a une sédentarité très intense je trouve dans certaines populations où il y a aucune activité physique. Mais je pense que quelqu'un qui a déjà pas mal d'activités physiques de base peut devenir plus sédentaire que d'habitude s'il diminue au niveau de son activité globale. Donc je trouve ça difficile de donner une définition nette parce que je pense que ça dépend tellement des personnes.

F.P : C'est sujet-dépendant ? Et quand vous parlez de certaines populations ?

M3 : Moi personnellement j'ai l'impression qu'il y a quand même plus de risques de sédentarité chez les populations précarisées. Maintenant c'est mon expérience.

F.P : C'est très intéressant parce qu'une des questions suivantes était quel est votre « profil type » de patient sédentaire ?

M3 : Moi mon profil type c'est vraiment les patients qui n'ont pas de boulot. Parce que déjà ils ne se déplacent pas pour leur travail. Rien que ça, c'est déjà un gros point. La plupart du temps, en tout cas moi mes patients qui n'ont pas de boulot, j'ai l'impression qu'ils sont déjà (hésitation), encore plus sédentaires que les autres parce qu'ils ne se déplacent pas pour leur boulot. La plupart du temps, leurs enfants sont pris en charge par des bus scolaires ou autre, donc ils ne se déplacent même pas pour aller porter leur enfant à l'école. Alors maintenant je ne vais pas faire de généralités non plus... mais je pense que c'est encore quelque chose de supplémentaire. Souvent les courses, ils font des grosses courses mensuelles, en début de mois pour essayer de gérer leur budget au mieux et du coup même les courses ils ne se déplacent pas forcément très souvent. Moi je dirais mon profil type, c'est vrai j'ai quelques patients à qui je pense quand je dis ça, c'est vraiment des populations précarisées, sans travail, avec des enfants qui sont parfois dans des enseignements spécialisés et... voilà... ça c'est mon profil type de patients sédentaires. Maintenant je caricature peut-être en disant ça. Il y a vraiment d'autres types de populations sédentaires, alors je pense forcément plus aux personnes, je dirais un peu plus âgées. Qui voilà sont ..., soit qui n'ont plus de travail, qui sont à la retraite et qui ont parfois des modes de vie qui sont assez sédentaires. Maintenant souvent moi j'ai l'impression que ça s'accompagne voilà peut-être de certaines routines... qui ne sont pas bonnes pour eux, une prise en charge globale de la santé qui est moins bonne. Je pense que c'est vraiment ça, c'est des gens qui ne prennent globalement pas bien en charge leur santé.

F.P : Et à ces patients vous leur conseillez de l'exercice physique ?

M3 : En général moi quand j'ai le temps je leur demande un minimum d'exercices physiques donc ça vraiment j'essaie de leur demander de, ne fût-ce que s'ils ont des chiens, d'aller promener leur chien tous les jours. Ne fût-ce que matin et soir. Je trouve que c'est vraiment un problème de santé globale parce que tant que l'on a une sédentarité c'est difficile de faire sortir les gens, de plein de problème de santé parce que pour moi la sédentarité est liée à l'hypertension, liée à l'hypercholestérolémie, liée notamment aussi à une augmentation du risque de cancer. Donc pour moi c'est vraiment la base de la médecine générale la prise en charge de la sédentarité. Mais des conseils qu'on pourrait dire en médecine générale, c'est parfois des bêtes choses ne fût-ce que d'aller faire voilà promener leur chien, d'essayer de sortir, de faire ne fût-ce que le petit tour du quartier à pied au moins une fois par jour. Maintenant c'est clair qu'il ne faut pas demander ça à tout le monde, je sais très bien chez qui ... il y a des gens chez qui ça ne marchera jamais. Et maintenant les gens vraiment motivés et qui ont peut-être un peu plus de moyens financiers, bien leur proposer peut-être des cours... surtout quand il y a des problèmes ostéoarticulaires parfois des cours de sport dans des salles ou de l'aquagym, ce genre de choses. Malheureusement c'est vrai que c'est... enfin le gros facteur dépendant c'est l'argent.

F.P : l'argent comme l'un des freins à vos conseils...

M3 : oui un gros frein. En tout cas un des gros freins, une des grosses excuses que les gens nous donnent. Donc après maintenant je ne suis pas certaine que ce soit vraiment un frein mais c'est la bonne excuse pour éviter de faire du sport.

F.P : Il existe à Frasnes et à Leuze un projet de sport sur ordonnance. Je ne sais pas si déjà vous connaissez ?

M3 : ...oui. J'en ai déjà entendu parler. J'avoue que je n'ai jamais utilisé. Mais j'en ai déjà entendu parler et je trouve que c'est une super initiative. Je pense qu'il y a une certaine... Je pense que ce n'est pas tout à fait gratuit mais c'est... pris en charge en tout cas et au moins cela retire cette excuse d'argent pour les gens, les populations précarisés et je pense que c'est vraiment la base de la prise en charge de la santé en général. Si on n'a pas ça on n'a rien donc voilà ça c'est chouette. Ça enlève quelques freins en tout cas et quelques excuses qui sont données par certaines populations.

F.P : Vous avez déjà entendu le montant d'un remboursement ?

M3 : Non. Mais je ne me suis probablement pas assez renseignée.

F.P : ça c'était la partie sur les généralités, vous avez déjà donc répondu à pas mal de questions sur le profil de patients, peut-être on va compléter à ceux à qui vous n'auriez pas tendance à conseiller de l'activité physique ? Dit autrement est ce qu'il y a un « patient obstacle » à vos conseils ?

M3 : Pour moi, il n'y a pas de patient obstacle. Quel que soit le profil, évidemment je ne vais pas demander à un BPCO sous oxygène d'aller faire le tour du quartier quoique je lui demanderais quand même d'aller promener tous les jours (rires) enfin oui je leur demande d'aller se balader en fait. Avec leur petite bouteille d'oxygène (rires). Moi j'ai deux patientes sous oxygène pour l'instant et je les fais sortir avec leur petit rollator...

F.P : Au point de vue des effets mesurables médicaux ou autres que vous aimeriez bien se voir être modifiés ? Comment obtenir un feedback ?

M3 : Alors moi j'ai souvent, je le vois très souvent chez mes patients hypertendus qui quand ils recommencent une activité physique, j'ai beaucoup moins de difficultés à... En tout cas les hypertendus déséquilibrés quand ils reprennent une activité physique cela va nettement mieux. Alors évidemment, les profils de risques cardiovasculaires, au niveau hypercholestérolémie... moi j'ai l'impression j'ai moins des changements parce que bon enfin voilà moi je pense que sans traitements médicamenteux

chez certains c'est compliqué mais chez les hypertendus ça c'est clair. Chez les gens déprimés aussi. Moi dans les dépressions je trouve que c'est hyper important de passer par l'activité physique parce que si on n'a pas ça on peut leur donner ce que l'on veut moi je ne vois pas d'améliorations nettes. Si, certaines dépressions où il y a des médicaments qui font des miracles mais si on n'associe pas ça à une prise en charge globale moi je trouve que ça ne vaut pas la peine quoi...

F.P : Votre ressenti en tant que médecin finalement du choix d'une prescription d'une activité physique, à donner au patient un bout de papier plutôt qu'un médicament ou face à un médicament ?

M3 : moi je pense qu'en fait que le problème de la dépression c'est qu'il y a vraiment ce gros manque de motivation qui est quand même souvent présent. Et souvent quand je veux les faire reprendre, que je veux leur redonner un coup de pouce pour recommencer un peu... quand je leur dis il faudrait faire du sport, il faudrait bouger et cetera, souvent c'est « pfffff », il y a ce gros manque de motivation. Moi souvent je passe par l'antidépresseur quand j'estime que c'est nécessaire parce que je passe aussi souvent par des plantes au début, mais quand je dois passer d'abord par une médication c'est vraiment leur donner ce coup de pouce... Pour dire « allez, maintenant t'as quelque chose », parfois franchement je cherche un effet placebo... A leur dire « maintenant voilà, je te donne quelque chose, cela va te booster et tu repars en avant, et tu recommences, tu reprends ton activité physique... tu fais attention à ton alimentation... voilà c'est un nouveau départ maintenant il faut reprendre tout en charge ». Et souvent l'activité physique, moi je trouve que ça les change mais terriblement. Pour l'anxiété c'est pareil. L'anxiété, la nervosité pour moi c'est vraiment des gros facteurs où clairement moi je leur dis maintenant il faut voilà recommencer du sport, recommencer une activité physique.

F.P : Si je comprends bien vous avez un ressenti globalement positif ?

M3 : Ah oui clairement...

F.P : Quels types d'activités physiques voudriez-vous avoir plus l'occasion de conseiller ? Pour quelles raisons ? Et est-ce que cela rejoint les recommandations de bonne pratique ?

M3 : Alors, moi j'aime beaucoup les recommandations de bonne pratique mais je trouve que ce n'est pas toujours facile à appliquer... Je pense que cela dépend tellement du profil du patient que tu ne peux pas appliquer ... enfin ce n'est pas applicable de l'un à l'autre. Quelqu'un qui est vraiment très sédentaire, je ne vais pas l'envoyer à la salle de sport. Je vais plutôt lui conseiller d'aller ne fût-ce que commencer par aller faire des balades avec ses enfants... rien que ça... Aller prendre les enfants, faire un petit tour le dimanche, ça fait du bien, ça aère tout le monde, ça détend... Donc je commence par des petites choses quand je sais que les gens sont vraiment ...enfin quelqu'un qui pèse 150kg et qui est dans son canapé toute la journée si je l'envoie à la salle de sport, il va y aller une fois, il n'ira plus deux fois quoi. Donc ça dépend vraiment du profil des gens et de leurs pathologies. Maintenant voilà ça peut aller de la simple balade à quand il y a des problèmes ostéoarticulaires c'est bien de conseiller la piscine aussi... Quand c'est des gens très nerveux plutôt des sports de combat, des choses où ils vont pouvoir canaliser leur énergie. Voilà maintenant quand il y a des problèmes de harcèlement aussi, ne fût-ce que scolaire... alors plutôt des sports d'équipe voilà pour que les gens trouvent leur place dans un milieu...Ça dépendrait du type de profil que j'ai face à moi... Je ne sais pas si ça répond vraiment à ta question...

F.P : Si parce que je demande justement voilà quelles sont les activités physiques à proposer aux patients. Est-ce qu'il y aurait des obstacles à conseiller un patient d'aller à la piscine si je reprends vos mots ou aux sports de combats... comme vous me disiez ?

M3 : Moi je pense que le premier obstacle, c'est un obstacle financier. Après ensuite je pense que le deuxième obstacle c'est la motivation des gens... parce qu'ils ont aussi l'excuse de dire qu'ils n'ont pas le temps. Moi je pense que l'on a toujours le temps et je leur dis ouvertement... Pour moi, c'est une excuse quand ils me disent « je n'ai pas le temps » je leur dis non vous n'avez pas envie d'accord mais le temps ce n'est pas possible, vous l'avez d'office. Voilà je pense qu'il faut le prendre et ça fait partie du bien-être. Après cela fait partie de la prise en charge globale de la santé. Mais oui ce sont les deux gros obstacles que je pense que l'on a face à nous... le manque de motivation et l'obstacle financier. Maintenant je pense que l'obstacle financier ça encore une fois c'est une excuse... c'est plus la motivation des gens qui pose problème pour moi...

F.P : Et de votre temps à vous, je veux dire pour le conseil ?

M3 : Ah mais oui, en vérité ça nous pompe énormément de temps et de notre énergie

F.P : Et de mettre un cadre « légal » ou « administratif » ou que sais-je ? Est-ce que ce serait un obstacle ?

M3 : Je pense que les gens iraient plus... En tout cas, ça lèverait cette excuse de l'obstacle financier. Maintenant je dis l'excuse, évidemment il y a des gens qui sont dans des situations précaires où clairement leur demander ne fût-ce que parfois d'aller acheter un médicament c'est compliqué... Enfin je pense que tu sais l'argent ce que c'est aussi... Donc voilà je, il y a des gens qui ne peuvent pas se payer la salle de sport, qui ne peuvent pas... Maintenant je trouve que l'on fait quand même de plus en plus de choses pour que cet obstacle financier soit levé et je pense que la prescription et probablement un remboursement pourraient aider.

F.P : Donc pour vous il manque un cadre peut-être ?

M3 : Oui... Bien un peu comme la kiné finalement. La kiné parfois quand on prescrit certaines séances de kiné, finalement à la fin qu'est ce qui compte c'est ça, c'est... leur expliquer comment ils doivent faire du renforcement musculaire... ça je pense que... il y a cette ouverture-là déjà maintenant mais je pense que cela doit être plus fixé voilà peut-être avec un coach sportif, avec quelqu'un qui serait là pour dire voilà on a autant de séances, je viens vous chercher tel jour, pour faire telle chose... c'est ridicule mais les gens ont besoin de ça, d'être accompagnés dans tout. Surtout dans les populations précarisées. Ils ont besoin de leurs assistants sociaux pour tout, enfin voilà dès qu'il y a un papier à remplir, on va voir l'assistant social. Moi je pense qu'ils ont besoin que l'on vienne les tirer un petit peu et de leur dire allez viens je te prends par la main, je t'emmène et on y va quoi...

F.P : de fixer des rendez-vous avec un coach sportif ? A quelle fréquence ?

M3 : Allez je ne sais pas, pas trois fois semaine mais au moins une fois semaine... 50 minutes... et pendant 9 semaines de suite. Je suis sûre que les gens pourraient poursuivre ça parce qu'il y aurait une motivation qui serait là. Qui les aiderait probablement à tenir ça et ce serait vraiment une bonne chose. On a finalement des parallèles dans tous les domaines et je ne vois pas pourquoi on prend en charge l'alimentation et qu'on ne prend pas en charge l'activité sportive finalement. Ça serait quand même une bonne chose mais bon.

F.P : Pour vous un passage par une prise en charge multidisciplinaire est-elle nécessaire ?

M3 : Oui. Oui parce que je pense qu'il y a déjà pas mal de coachs sportifs qu'on paye dans un cadre non remboursé parfois je trouve ça dangereux parce qu'ils donnent des conseils parfois pas toujours judicieux, des compléments alimentaires pas toujours judicieux, moi j'ai quand même eu des coachs sportifs dans certaines salles de sport qui filait de la testostérone et autres à mes patients. J'étais un

peu... Voilà. Je pense qu'il faut un cadre aussi et probablement des formations un peu plus poussées de coachs sportifs médicaux.

F.P : Vous seriez intéressée par une formation pour vous aider à conseiller vos patients ? Ou vous estimez vous suffisamment informée ?

M3 : je pense que ce serait intéressant dans le sens où il y a déjà pas mal de choses maintenant je pense que ce serait un intéressant de suivre peut-être des formations couplées avec des coach sportifs qui pourraient..., où on pourrait en apprendre de l'un et de l'autre quoi. Je pense qu'il y a toujours du positif au partage.

F.P : Donc si je comprends bien vous êtes demandeuse d'une formation supplémentaire ?

M3 : Oui ça c'est clair.

F.P : Finalement est-ce que c'est la place du médecin généraliste d'être au cœur des recommandations d'activités physiques ?

M3 : Non mais clairement. Oui moi je pense que c'est essentiel, en tout cas le médecin généraliste je pense qu'on est vraiment à la base de la prise en charge globale de la santé et je pense que si on ne s'intéresse pas à ça, faut pas qu'on s'intéresse pas à nos patients quoi. C'est peut-être un petit peu tranché de dire ça mais pour moi s'il n'y a pas de prise en charge de la sédentarité, il n'y a pas de prise en charge de la santé en général.

F.P : OK, je pense que vous avez répondu à peu près à toutes mes questions. Je ne sais pas si vous aviez d'autres idées d'autres remarques ?

M3 : Tes questions sont super intéressantes.

F.P : J'ai peut-être oublié un petit quelque chose. Est-ce que le numérique (montre connectée, applications, sites internet, médias, TV, ...) a sa place dans une prise en charge ou ça se révèle comme étant un frein justement aussi à ... ?

M3 : Non parce que je pense ça fait parfois se rendre compte certaines personnes qu'ils sont... Ça motive, je pense que ça motive. En tout cas mes patients qui viennent me voir en me disant « ah bien j'ai ma montre connectée et maintenant... ». Alors parfois ça les inquiète parce qu'évidemment ils prennent leur rythme cardiaque tout le temps et donc ils viennent complètement hystériques parce qu'ils ont eu une fois un rythme cardiaque qui est monté jusqu'à 140. Enfin voilà c'est, je pense que c'est à double tranchant ça doit être bien utilisé. Mais ça peut les motiver voilà quand leur montre leur dit bien vous avez fait autant de pas sur une journée c'est bien et qu'on leur dit faudrait faire autant de pas, qu'on leur fixe autant de pas ou une activité physique je pense que ça peut être quelque chose, un outil utile.

F.P : C'est bien, une source d'inquiétude je n'avais pas encore cette notion-là.

M3 : Tu n'as jamais eu ça des gens qui sont venus te voir en disant « ah regardez il va trop vite » (rires)

F.P : Ah si si, mais je n'avais pas reçu cet élément d'informations de la part d'autres médecins.

M3 : Je pense que j'ai beaucoup d'anxieux. (rires)

F.P : Parce que j'ai vraiment toutes sortes de retours et d'avis différents de gens qui veulent se former, d'autres pas, donc on verra à la fin ce qui va ressortir comme résultats.

M3 : C'est chouette en tout cas.

F.P : Donc si ça vous intéresse d'avoir les résultats, la conclusion.

M3 : Ah oui je veux bien.

F.P : Ça arrivera vers le mois de mars/avril à peu près, donc ça je vous tenir informée de la suite.

M3 : Oui volontiers, et même ton TFE parce que ça m'intéresse de lire même le reste, parce que tu vas faire une revue de littérature j'imagine aussi.

F.P : Donc je fais une bibliographie.

M3 : Oui. En tout cas moi je pense qu'il faut plus centrer sur nos villages parce que je pense que dans les villes on a tellement de propositions et de choix que voilà je pense que les citadins sont quand même beaucoup plus servis et je pense que nous on en a plus besoin de ça centrer à l'extérieur des grosses villes parce que c'est chez ces gens-là qu'on recherche le plus. Moi je pense surtout à mes patients qui n'ont pas de moyens de locomotion.

F.P : Il y a déjà des aménagements qui sont en route ou il en manque ?

M3 : Oui il y a des salles de sport dans le coin mais le problème c'est que les abonnements sont relativement chers, c'est réservé à je dirais une certaine tranche de population parce que voilà tout à chacun n'y va pas malheureusement. Pareil, pour les gens très..., je pense notamment à ces deux extrêmes qui ont peut-être le plus besoin d'activités physiques mais aux personnes plus âgées qui ne vont pas trouver l'intérêt d'aller dans une salle de sport et aux personnes plus précarisées qui vont se sentir jugées peut-être parce qu'elles sont obèses, parce qu'elles sont voilà quand on va dans des salles de sport où ils sont musclés de haut en bas et que voilà je pense que ça perd de son intérêt.

F.P : Oui on peut faire des salles de sport extérieures, des clubs de marches, ...

M3 : Oui mais à Erasme, je sais pas si tu connais, mais ils avaient notamment ça mais ils avaient une salle je dirai presque de revalidation qui était utilisée pour les patients qui étaient hospitalisés mais les patients extérieurs pouvaient venir s'inscrire et pouvaient venir et être suivis c'était des kinés qui les suivaient et ça c'était vachement chouette parce que ça permettait finalement de croiser là-bas bien c'était finalement une salle de sport suivi par des kinés donc un peu médicalisé donc les gens étaient très prudents on leur indique ce qu'ils peuvent faire ou pas comme exercice et les gens de l'extérieur venaient et du coup c'était dédié vraiment à ces personnes qui avaient des problèmes de santé, des obésités morbides, des problèmes cardiovasculaires, où ils devaient faire une revalidation post-hospitalisation, etc. Et c'était vraiment chouette parce que les gens n'avaient pas cette peur d'aller dans des salles de sport.

F.P : Sans se sentir jugé.

M3 : Oui ça c'était vraiment chouette. Enfin nous on allait là-bas parce qu'on était étudiant on avait le droit d'y aller. Sinon du coup on croisait vraiment toutes sortes de personnes et c'était beaucoup plus détendu comme atmosphère que dans les salles de sport voilà un peu

F.P : Bodybuilders...

M3 : C'est ça oui (rires), ça c'était marrant on allait courir là régulièrement pendant nos études, il y avait des tapis de course, on était à côté des petits papys qui faisait leur marche sur leur tapis c'était génial parce que c'était un bel échange quoi non franchement c'était un beau projet.

F.P : Différentes générations qui se croisent.

M3 : ce qui est rare dans les salles.

F.P : Bon, j'ai tout ce qu'il me faut.

M3 : Génial.

F.P : Et s'il me manque des informations, je peux revenir ?

M3 : Tu n'hésites pas.

Annexe 6 - Retranscription d'entretien - Médecin 4

Données sociodémographiques : Homme, médecin généraliste solo, tranche d'âge : >60ans, en périphérie de Tournai

Identification des participants à l'entretien :

M4 = Médecin 4

F.P. = Floriane Prevost (Chercheur)

M4 : C'est quoi le sujet d'abord, je sais même plus.

F.P : La question que je me pose ce sont les barrières à conseiller une activité physique en médecine générale et peut être même établir quelques « leviers » à ce problème pour les patients sédentaires dans le Tournaisis. Donc qu'est-ce qui fait « obstacle » aux conseils à l'activité physique chez des patients sédentaires ? Donc ça c'est le début de mon sujet après il faut que je revienne sur les notions de concept donc déjà ce que le médecin généraliste définit comme patient sédentaire ? C'est quoi la définition de la sédentarité vue par le médecin généraliste ? Ça démarre direct.

M4 : ... Quelqu'un qui ne bouge pas.

F.P : Quelqu'un qui ne bouge pas donc je note. Quels sont vos profils de patients sédentaires ?

M4 : Il y en a dans toutes les couches de population. Et puis ces écrans ça bloque... Chez les jeunes qui sont devant leurs écrans qui ne font pas de sport, ce n'est pas facile après de leur dire « bougez -vous et faites du sport ». Et donc aussi la sédentarité dans les mondes de vie moderne des gens qui travaillent.

F.P : C'est-à-dire ?

M4 : Ceux qui font la navette qui font 8h par jour et qui vont à Bruxelles en train et qui reviennent qui sont morts crevés ils n'ont pas le temps.

F.P : Pas le temps.

M4 : et puis alors il y a aussi le goût, l'envie de bouger c'est sûr. Et puis alors il y a tous les obstacles des problèmes de squelettes donc le système locomoteur qui est atteint donc les arthroses, les arthrites, etc.

F.P : Donc un obstacle pathologique ?

M4 : Oui.

F.P : Par des pathologies.

M4 : Oui, ou l'âge.

F.P : L'âge est-il un frein ?

M4 : En soit non mais aux performances oui. Regarde on a encore joué au golf ou au tennis avec [Nom orthopédiste] et [Nom médecin généraliste] et compagnie mais on est tous avec nos machins mais on s'amuse.

Oui mais non c'est plus culturel, c'est ça c'est culturel souvent.

F.P : Et pourquoi culturel ?

M4 : parce que ... mais non mais je vais te dire, ce matin j'ai fait une prise de sang le papa est fou de vélo et le gamin il vient pour un bilan complet de vitamines et compagnie parce qu'il est poussé par son père et ils font du vélo à deux et ils sont en national enfin tu vois le genre.

F.P : Oui.

M4 : Là c'est culturel. Le gamin s'est mis à faire du vélo parce que le père il en faisait quoi.

[...] Interrompu par une personne extérieure à la conversation

F.P : Quels conseils vous donneriez à un patient sédentaire et est-ce que c'est faisable dans la réalité ?

M4 : Oui, uniquement par la MO-TI-VA-TION ! Il faut les motiver (dit-il en tapant sur la table du poing).

F.P : Motivation c'est le grand mot ?

M4 : Oui je pense, je pense.

F.P : Comment on arriverait à le motiver ?

M4 : Et bien en fonction de ... je vais te dire un beau terme « le lent glissement progressif vers le plaisir ».

F.P : Je vais réécrire cette phrase c'est tellement joli [rire]

M4 : Tu vois, c'est presque littéraire. Néanmoins ça correspond à une réalité. Je sais plus qui m'avait parlé de ça je crois que c'était [Nom d'un médecin généraliste] qui avait un gars qui était obèse, qui ne supportait pas de ne pas manger mais il était à 130-140-180kg c'est énorme. Le type il dit « docteur vous faites ce que vous voulez mais moi j'en ai marre de faire des régimes je suis gros et j'adore manger ». Il lui a dit « ce n'est pas difficile tu as qu'une chose à faire ou tu meures ou tu bouges si tu bouges tu consommes ce que tu manges ». Et il a pris gout au jogging et le type encore maintenant tous les jours il fait 10-15km et il a perdu il était à 160 et il est plus qu'à 80-70.

F.P : Il a été mis face au mur quoi.

M4 : oui mais c'est surtout qu'il était motivé, il a commencé à trouver du plaisir et à force de le faire il a eu des endorphines et le type il court tous les jours, tous les jours, tous les jours... qu'il vente, qu'il pleuve et il fait ça.

F.P : Il existe à Leuze et à Frasnes surtout un projet de sport sur ordonnance est-ce que déjà c'est connu dans la région ?

M4 : Rien du tout.

F.P : Un manque de quoi d'informations ou d'envie de connaître ?

M4 : Et c'est quoi ça ?

F.P : Un projet de sport sur ordonnance.

M4 : Un projet ?

F.P : Oui, donc la commune a mis en route une salle de sport où les médecins sur ordonnance peuvent envoyer leurs patients avec un retour...

M4 : A Leuze ?

F.P : A Leuze et à Frasnes.

M4 : Pas au courant.

F.P : Et c'est un projet communal puisqu'il y a un financement de la commune principalement et une petite part de la mutuelle.

M4 : Génial. Connais pas.

F.P : Alors, et si on devait l'installer dans le Tournaisis, est-ce qu'il y aurait des conseils sur le lieu d'implantation ou sur ... ?

M4 : On a le hall des sports ici.

F.P : Donc on a déjà tout ce qu'il faut ?

M4 : C'est des kinés qui gèrent ça ?

F.P : Il y a des coachs sportifs.

M4 : Ah bien voilà un nouveau métier tiens. De mon temps ça n'existait pas des coachs sportifs maintenant il y en a qui gagne leur vie avec ça pourquoi pas.

F.P : Bon ça j'ai déjà posé comme question, ça regroupe un peu ce qu'on avait déjà dit mais comment on pourrait arriver à sensibiliser les patients. On a discuté la motivation, est-ce qu'il y a d'autres choses qui viennent en tête pour les sensibiliser au maximum lors de vos conseils ?

M4 : Non, non c'est certain qu'il faut d'abord une attention du médecin pour son équilibre mais moi je parviens à raccrocher en sport énormément de jeunes parce qu'ils ont une dysharmonie entre leur corps et leur esprit. Exemple : l'étudiant est fatigué, il ne parvient pas à dormir, il est épuisé mais il ne sait pas dormir pourquoi ? Parce qu'il n'a pas son équilibre, il n'a pas fatigué son corps. Donc je lui dis ce n'est pas difficile va-t'en courir, c'est classique vers 14-15 ans, ils sont en pleine adolescence alors aïe aïe aïe. Ou en examen ils ne savent pas dormir mais ce n'est pas difficile tu vas courir 10km tu vas être moins fatigué mais tu dormiras mieux. Ah bon ? Ah oui et alors évidemment il commence à bouger, bouger si ce n'est pas courir c'est autre chose mais faire un truc. Donc bouger.

F.P : C'est un équilibre.

M4 : Oui, qu'ils rééquilibrent leur influx, leur énergie.

F.P : Un peu dans la même idée d'esprit finalement est-ce que c'est notre rôle en médecine générale d'assurer ce conseil ou faut-il déléguer ce rôle à des intervenants multidisciplinaires ?

M4 : Oui, totalement. Totalement en médecine générale, c'est évident. Tu connais les gens, tu les connais depuis qu'ils sont tout petits. Quand je te dis quelque chose je pense toujours à quelqu'un, je mets un visage. J'ai encore eu une consultation c'était il y a ... lundi je crois je connais la maman. La petite fille Manon qui était bien gentille qui maintenant à 16 ans qui est un machin de 80Kg avec 1m70 ou 1m80 mais qui était arrivée dans ton cabinet comme ça énervée, pas bien, angoissée enfin HORRRIIBLE affaire. Parce qu'évidemment elle est en pleine adolescence donc elle n'est même pas amoureuse rien du tout. Je dis « eh bien qu'est-ce qu'il t'arrive ? ». Donc j'ai parlé avec elle, je dis c'est normal mais qu'est-ce que tu fais. J'ai fait un petit bilan, elle ne fout rien, elle s'emmerde et alors elle n'est pas motivée pour rien. Alors je lui ai dit écoute ce n'est pas difficile tu vas commencer à rebouger vas t'en nager, qu'est-ce que tu aimes bien ? « Ah je ne sais pas ». Ah tu ne sais pas et bien poses toi

des questions. Et alors, mais elle était au stade des angoisses existentielles fondamentales typiques de l'adolescence avec des automutilations et tout. Alors j'ai dit où tu te rends malade et tu rentres en psychiatrie mais je te le déconseille fortement t'es pas plus conne qu'une autre. Et c'était au départ quelqu'un tu vois qui était en hyperkinétique et trouble de l'apprentissage ce que tu veux, elle a bouffé de la Rilatine pendant des années, ridicule. CQFD, une fois de plus enfin voilà. Donc voilà, bouger, bouger, bouger. Avec retour et résultats.

F.P : C'est ça voilà le feedback médical finalement il passe par quoi ? Quels effets mesurables médicaux on cherche à avoir quand on recommande cette activité physique ?

M4 : Retour, contrôle.

F.P : Contrôle de quoi ?

M4 : Expérience. Quelle est ton expérience, qu'est-ce que tu as fait ? Qu'est ce qui t'as plu, qu'est ce qui ne t'as pas plu ?

F.P : ... c'est ça...

M4 : Et on réoriente le tir donc on accompagne et à ce moment-là on peut parfois même commencer à rediscuter d'objectifs. Quels objectifs à atteindre selon..., donc on détermine un objectif mais toujours dans le plaisir et dans le fun c'est ça qui va faire marcher. Il faut que ce soit associé à du plaisir.

F.P : Mais médicalement est-ce qu'il y a des choses qu'on voudrait se voir modifié ?

M4 : Bien oui. Ça dépend des gens parfois c'est le poids, parfois c'est le sucre, parfois c'est la qualité du sommeil, parfois c'est des gens qui sont trop sédentaires avec des tachycardies paroxystiques ou des extrasystoles ou des palpitations et des trucs comme ça quoi. Ou des essoufflements, etc.

F.P : Quels types d'activité on aurait tendance à conseiller ? Et quelle en serait la durée idéale finalement de cette activité physique ?

M4 : bien là c'est vraiment très vaste ça dépend du style de vie des gens et il faut que ça soit... parce que c'est un peu contraignant puisqu'en général un sédentaire ne s'occupe pas beaucoup de lui. Enfin, oui et non mais je veux dire que toute activité non sédentaire ça va prendre du temps par rapport à son mode de vie habituel. C'est changer de mode de vie, c'est comme un fumeur, c'est comme un buveur, c'est tout ce que tu veux. Faut changer de style de vie donc il y a un investissement de temps parfois d'argent dans sa vie à changer.

F.P : On répond déjà à beaucoup de questions donc je vais passer certaines parce ça se regroupe bien ensemble. Pratiquez-vous vous-même une activité physique ? Est-ce que cela influence la prise en charge de vos patients ou cela représente un frein ?

M4 : Neutre. Ni plus ni moins.

F.P : Je note neutre...

M4 : Si tu pratiques du sport tu vas être d'office, tu vas avoir plus facile à en parler je pense.

F.P : Le discours serait plus ouvert ?

M4 : Je pense.

F.P : Et que penser des technologies, des montres connectées, des applications, des sites internet, ... est-ce que c'est là pour nous aider ou ça a un peu l'effet contraire ?

M4 : ça peut amener une aide ça c'est sûr. Ça dépend de nouveau du public. Ça dépend du public mais ... ça fait partie des outils, on ne peut pas nier qu'il y a un aspect qui peut être fun mais médicalement parlant on n'en a absolument pas besoin. Et ça fait partie du fun, des gadgets. Comme tu vas prendre un thermomètre électronique plutôt que de le mettre dans le pet chez les petits bébés c'est plus facile.

F.P : Et de mettre une aide « administrative » à ce conseil d'activité physique, comme une intervention INAMI ou une prescription de l'activité physique ?

M4 : Niet, rien, zéro. Tout ce qui est cadre légal moi je suis allergique, fini tu oublies. Je veux... on dispathe, on explose tout ce qui est légal. Les législateurs nous emmerdent, ils ne font que des conneries donc pourquoi ? Parce que ce sera ou incomplet ou pas assez ou favorisant des trucs il y aura des lobbies qui seront derrière donc surtout ne mêle pas la loi à ça. C'est une bande de cons vraiment.

Regarde comment ils ont géré la pandémie ces imbéciles.

F.P : Et votre ressenti en tant que médecin de prescrire une activité physique ?

M4 : Mais ta question est déjà une erreur, on ne prescrit pas de sport. On doit motiver les gens à le faire.

F.P : En rester à un conseil oral ?

M4 : Oui. C'est très bien mais moi je vais dire : écoute tu dois le faire mais si tu le fais tu as une récompense, tu as une petite carotte et je peux te faire un petit papier pour continuer un truc.

F.P : C'est ça.

M4 : Mais ce n'est pas une prescription, tu as une récompense si tu y vas. Tu vois ce que je veux dire ? Moi personnellement ça me motivera beaucoup à les envoyer mais c'est une récompense. Ce n'est pas une prescription, c'est une récompense. Ta prescription c'est de les mettre au sport ou de les mettre en tout cas à une activité de balade parce que le sport ça ne veut rien dire.

F.P : Oui non, je parle d'activité physique.

M4 : Voilà activité physique c'est ça. Par contre dans l'activité physique ça on peut quand même le dire et de nouveau ça varie très fort d'une personne à l'autre mais quelqu'un de sédentaire tu vois la définition elle-même s'il bouge une heure tous les jours tu vois quelqu'un qui travaille dans des bureaux mais qui monte 350 escaliers et qui s'amuse bien, lui il bouge tu comprends ? La sédentarité c'est un petit peu, c'est difficile à ...

F.P : A appréhender chez des personnes...

M4 : Bien oui c'est ça c'est difficile à dire un petit peu parce que regarde moi j'ai un de mes gamins il travaille comme employé mais il part en monoroue ou il va à vélo au boulot et il revient s'il fait 30 bornes il a fait 60km de vélo bravo quoi. C'est du sport.

F.P : Alors c'est de cette manière-là qu'on pourrait motiver nos patients.

M4 : oui mais c'est sûr mais il faut des routes des machins, ...

F.P : Oui mais voilà est-ce que l'aménagement il est adapté quoi ici ? c'est un des freins l'aménagement des routes ?

M4: Bien non pas toujours adapté. A la campagne on a déjà beaucoup plus de chance que les autres on a le Ravel, on a pleins de trucs mais je vais dire que ce n'est pas évident. Maintenant avec tous les vélos électriques et les monoroues il y a moyen on peut très bien commencer à favoriser beaucoup de déplacements mais tout ça fait partie d'un tout mais ça se discute tu vois ? ça se motive, ça ne se prescrit pas.

F.P: OK. Je pense que je suis arrivée au bout de mes questions, je ne sais pas s'il y a d'autres remarques peut être une nécessité d'avoir une formation là-dessus ?

M4 : NON ! Rien à foutre ! Informer oui un max.

F.P : Est-ce que ce serait... ça intéresse que quand j'ai terminé mon TFE je fasse part de mes conclusions ?

M4 : Oui, évidemment. Information, très intéressant.

F.P : ça va bien, merci !

Annexe 7 - Retranscription d'entretien – Médecins 5 et 6

Données sociodémographiques : M5 : Femme, en maison médicale, tranche d'âge : <30ans, intramuros Tournai

M6 : Homme, assistant en médecine générale, tranche d'âge : <30ans, intramuros Tournai

Identification des participants à l'entretien :

M5 = Médecin 5

M6 = Médecin 6

F.P. = Floriane Prevost (Chercheur)

F.P : Ça va passer par trois étapes, d'abord les généralités, puis sur les patients eux-mêmes et puis sur votre ressenti en tant que médecin. D'abord, comment vous définiriez le concept de sédentarité ?

M5 : Donc je vais commencer... Pour moi la sédentarité c'est quand l'activité physique est insuffisante pour maintenir sa capacité musculaire et également dépenser son apport calorique journalier. D'une manière générale c'est rester trop longtemps dans une position assise, ne pas faire de marche, ne pas faire une certaine distance sur la journée et pas faire de sport aussi, une activité physique qui est plus soutenue au moins une à deux fois semaine.

F.P : C'est bien... il n'y a pas de définition type ?

M6 : Oui, moi je dirais où les dépenses sont bien inférieures entre guillemets aux apports de manière très générale et où la personne apporte des fonctions, on va dire vitales nécessaires, ne va pas chercher d'autres manières de dépenses d'énergie et va rester sur le fondamental. Avec un impact au niveau de la santé qui en découle la plupart du temps, c'est un peu la vision que j'ai.

F.P : Un impact sur la santé. Qu'est-ce qu'un patient sédentaire ?

M6 : Moi je dirais il y a deux catégories où je retrouve le plus de patients sédentaires dans ces catégories. C'est dans la patientèle gériatrique où là c'est lié avec la perte fonctionnelle etc.... c'est plus compliqué donc je pense ils sont plus à risque d'être sédentaires et l'autre patientèle c'est plutôt psychiatrique donc des gens qui vont avoir des maladies telles que des phobies sociales, etc. et qui eux suite à leur pathologie vont aussi avoir tendance à se replier sur cette sédentarité.

F.P : Faut-il une pathologie sous-jacente qui accompagne la sédentarité ?

M6 : Je pense que c'est prédisposant maintenant que je ne pense pas parce que c'est vrai que chez les jeunes on peut avoir aussi des comportements qui se rattacherait à un comportement sédentaire mais c'est plus dans la vision de médecin où je revois le plus de sédentaire on va dire dans ces 2 grands groupes. Mais ce n'est pas une condition sine qua non pour l'être c'est vrai que chez les jeunes c'est quelque chose qui est présent aussi oui tout à fait.

M5 : Mais moi je dirais aussi en plus de la population gériatrique je pense qu'il y a vraiment une limitation qui peut être physique et une dépendance aux autres pour se déplacer de ne pas oser aller seul dehors etc. je pense que ça joue aussi beaucoup. Je dirais quand même que dans la population active, dans les personnes qui travaillent il y a beaucoup de personnes qui n'ont plus le temps de faire de l'activité physique en semaine et je pense que même parfois que si on leur proposerai de faire une demi-heure de marche sur la journée les personnes voient ça comme impossible à combiner avec leur

rythme de vie, fin entre le travail, faire à manger, faire les courses et s'occuper des enfants, c'est plus possible de faire vraiment une demi-heure de marche active sur la journée quand on leur propose.

F.P : Donc ça ce sont des excuses que les patients se donnent ?

M5 : Mais en tout cas, oui je pense qu'ils ont l'impression de ne pas avoir le temps en tout cas. Un manque de temps en général pour faire une activité physique, à consacrer à une activité physique.

F.P : Et vous-même, vous avez du temps à leur consacrer pour leur conseiller de l'activité physique ?

M5 : parfois oui parfois non, on court tout le temps. Et en ce moment encore moins...

F.P : Et concernant vos barrières que vous pourriez vous mettre à parfois leur demander de faire une activité physique, est-ce que vous avez l'impression qu'il y a des moments où vous dites « ah mince j'aurais peut-être dû chez lui en demander » ?

M5 : De proposer à une personne oui. Je trouve que parfois quand on ne connaît pas bien le patient, en tout cas quand ce sont les premières rencontres et qu'on pèse le patient et qu'on voit qu'il est parfois en excès de poids mais on ne le connaît pas, on ne sait pas comment il vit avec son poids. Je trouve que ça par exemple c'est difficile d'aborder le sujet alors qu'il venait pour autre chose, de nous dire en faisant un peu le bilan physique mais on voit qu'il est en surpoids et on se demande s'il se dépense assez mais on n'ose pas aborder le sujet parce qu'il a mal à l'oreille ou il a d'autres problèmes... Mais c'est vrai que parfois pour certaines choses comme des problèmes de dos c'est plus facile d'aborder le sujet du poids en expliquant qu'une réduction du poids ça peut aussi aider pour des problèmes de dos enfin ça c'est vrai. Mais bon je pense aussi qu'il y a des personnes qui ont un poids tout à fait normal qui sont aussi en état de sédentarité et ça du coup on n'aborde pas le sujet. Je pense qu'on a aussi tellement de personnes en surpoids c'est ça qui nous fait le plus penser à un état de sédentarité quoi.

F.P : Donc je peux résumer ça sous la peur de froisser les gens ?

M5 : Oui, la peur de froisser les gens. En leur disant qu'ils devraient faire plus, quand on leur conseille de faire de l'exercice. Après quand je vois certaines personnes c'est vrai que parfois ça a quand même un bon retour, moi j'ai déjà dit à des personnes « écoutez sortez de chez vous, faites une promenade, allez faire du sport, commencez un sport » et ils sont revenus vers moi en me disant que ça avait vraiment changé quelque chose chez eux.

F.P : Ça c'est ma question suivante si vous deviez avoir l'occasion de donner des conseils en consultations ?

M5 : oui, de demander par exemple ce qu'ils aiment bien faire en général, s'ils aiment bien se promener dans la nature ou si ce serait possible d'envisager pour eux de faire une promenade une demi-heure par jour. S'ils aiment bien un sport en particulier, parfois chez les plus jeunes essayer de les raccrocher à un sport d'équipe ça peut aider. Mais c'est vrai que pour le moment il n'y a pas beaucoup d'activités à cause de la covid. Enfin bon quand je vois mes patients si on leur rappelle un peu : « ah la piscine vous aimez bien ? » ça parfois ça les motive à retourner un peu à la piscine... de promouvoir les aspects de tel ou tel sport aussi, des profils des patients, de l'activité physique qui peut faire quoi. Je pense que chacun doit faire à son niveau. Mais d'une manière générale vaut mieux encourager à la marche parce que je pense que tout le monde peut en faire. Et après s'ils ont une activité physique qui les intéresse bien essayer de voir comment ils pourraient le réaliser.

F.P : Super. Je ne sais pas si vous avez des choses à rajouter en plus (en s'adressant au M6) ?

M6 : Moi, je pense que les objets connectés ça peut clairement être quelque chose qui peut être très intéressant à ce niveau là parce que ça permet d'objectiver de manière numérique un peu ce que la personne fait et un peu de se rendre compte parfois du peu d'activité physique et c'est un petit peu une carotte, un objectif si on leur dit voilà on peut commencer bêtement avec des nombres de pas et on peut vite de rendre compte que de rester dans son fauteuil, aller dans la cuisine et aux toilettes et en fait on fait vraiment pas grand-chose. Donc je pense que pour eux se rendre compte et même après d'eux-mêmes ils vont avoir une envie de dépasser des objectifs, des valeurs et cetera. Et puis oui chercher un petit peu les centres d'intérêts de la personne, et voir s'ils ont besoin d'être en groupe pour être stimulés et proposer de se diriger vers des groupes de gymnastique douce ou des groupes de randonnées. C'est un peu compliqué en ce moment mais c'est des choses qui peuvent se faire quand même.

F.P : C'est un frein.

M6 : Oui, bien oui. Et je pense que comme frein au niveau des patients quand on leur parle de ça j'ai l'impression qu'ils se projettent parfois un peu loin ou un peu vite en me disant « Vous me voyez courir ou quoi ? ». Bien non, bêtement une heure de promenade ça va avoir un bienfait quasi similaire à une heure de course à pied à la différence que on va faire plutôt de la musculation en faisant un effort de course à pied. Mais le travail cardiovasculaire est quand même là. Donc voilà peut-être réexpliquer aux gens que même des petits exercices physiques mis bout à bout ça a quand même clairement un impact. Donc voilà. Oui le frein financier, il y en a parfois qui le cite mais il y a quand même des choses qui ne coutent rien donc il ne faut pas nécessairement dépenser beaucoup d'argent pour faire le tour de son quartier donc voilà c'est un petit peu

F.P : Ah bien j'avais justement une question à propos du numérique : est ce qu'il a sa place dans votre prise en charge en médecine générale ? Donc vous m'aviez parlé d'objets connectés, quand vous dites le nombre vous me parlez de téléphone, applications...

M6 : Oui téléphone, ou maintenant on fait maintenant des bêtes montres « allez » pour une trentaine d'euros on peut déjà avoir une montre qui fait bêtement podomètre uniquement et qui donne une valeur. Voilà pour quelqu'un de sédentaire, il faut des simples petits objets ou effectivement un simple smartphone tout le monde en a un podomètre sur lui puisqu'on sait tous mettre un podomètre sur tout téléphone. Donc moi je pense que c'est clairement un outil qui peut être intéressant. Maintenant c'est ne pas évident parce que ça part un peu dans tous les sens et on n'est pas non plus des délégués commerciaux mais je donne des pistes à mes patients ça c'est sûr et j'ai des retours qui sont parfois très positifs ne fût-ce que pour se rendre compte des déplacements des personnes et après il y a cet effet de « j'ai envie de plus », et on a le bien fait qui se fait ressentir et ce sont des cercles prolifiques qu'on a, je trouve.

F.P : Des choses que vous voudriez rajouter (en m'adressant au M5) ?

M5 : Oui et puis d'une manière générale on est quand même dans un monde connecté mais sur leur smartphone il y a quand même pas mal d'applications pour nous stimuler à faire des exercices quotidiens, ça peut être des étirements enfin un peu de tout. Même des programmes d'entraînement et c'est vrai que ça peut être intéressant pour certains patients qui ont besoin d'un accompagnement.

F.P : Vous avez déjà eu ce genre d'applications sur vos téléphones ? Ou par exemple une montre connectée ?

M5 : J'ai déjà essayé pas mal d'applications, notamment un challenge genre abdominaux-fessiers, enfin renforcement musculaire pendant un mois, j'ai déjà utilisé pas mal d'applications.

F.P : Donc c'est plus facile de lancer le sujet sur la table quand on a déjà l'application ? Comment vous chercher votre information ?

M5 : En utilisant nous-même on fait des tests nous-mêmes et c'est vrai que moi je n'ai jamais cherché enfin moi je n'ai jamais cherché enfin si pour moi du coup c'est plus facile de conseiller aux patients quand on a essayé quelque chose.

M6 : C'est plus simple de parler de quelque chose qu'on connaît, qu'on utilise.

M5 : Apprendre à gérer la consultation et ses patients c'est surtout quelque chose qu'on ne nous apprend pas non plus en cours on va dire.

M6 : Oui des applications à visée médicale, moi je n'ai jamais entendu des informations très claires à ce niveau-là dans le cadre médical du moins.

M5 : C'est vrai que c'est uniquement basé sur de l'expérience personnelle mais je ne sais pas s'il y a des formations qui existent on pourrait essayer ça en applications numériques pour les médecins.

F.P : Pourquoi pas, c'est peut-être le sujet, un levier pour mon TFE après pour la suite. Dans cette idée là c'est vrai qu'on a le numérique mais on a aussi un projet de sport sur ordonnance qui existe du côté de Frasnes et de Leuze je ne sais pas déjà de base vous connaissez, si vous en avez déjà entendu parler ?

M5 : Moi je connais pas du tout.

M6 : Non, moi je ne connaissais pas non plus.

F.P : Donc il a des coachs sportifs qui sont vraiment à la salle et donc sur ordonnance ou sur demande on peut envoyer des patients et donc ils vont avec leur petit papier « personnalisé » et les médecins ils peuvent avoir un retour avec une application et les effets mesurables médicaux. Je ne sais pas déjà ce que vous en pensez et si ce serait faisable dans notre région ?

M5 : Je pense que c'est une bonne idée c'est vrai que le problème c'est quand on est beaucoup de médecins et beaucoup d'infrastructures différentes donc faudrait trouver une infrastructure que tous les médecins puissent utiliser pour que ça puisse fonctionner quoi. Mais on ne pourra pas tous renvoyer nos patients vers la même salle de sport bien évidemment. Mais je trouve que c'est une bonne idée. Je pense que ça pourrait être bien d'avoir des applications qui ont vraiment un sens médical et pas juste de données parce que je pense qu'il y a des choses qui ne sont pas mesurables réellement dans les applications qu'on utilise et qui sont un peu extrapolées par les applications qui disent : « perte de graisse de x% » voir ce qui est réellement mesurable là-dedans ça pourrait être vraiment intéressant aussi. Et ça permettra une application de ce type et une ordonnance médicale de sport ce qui permettrait peut-être au patient une réduction du coup enfin je ne sais pas si ça réduirait le coût si c'était sur ordonnance. C'est vrai que ça pourrait être intéressant s'il y avait un remboursement en tout cas, ça stimulera certains patients à aller. Mais c'est vrai qu'il faudrait soit des grosses infrastructures soit plusieurs infrastructures.

F.P : Il faudrait qu'il y ait un cadre remboursé ?

M5 : Bien non, je pense juste que ça permettra le remboursement que certaines personnes qui n'ont pas les moyens financiers de faire une activité physique. C'est vrai que, les activités physiques ça coûte quand même en général assez cher. En tout cas les sports, mais c'est vrai que pour aller à la piscine il ne faut pas grand-chose faut un maillot et des lunettes et à chaque fois l'entrée mais pour certaines personnes ça peut être vraiment un frein pour pratiquer certaines activités. Il y a des activités quand on voit l'investissement matériel qu'il faut mettre pour pratiquer l'activité c'est quand même assez

impressionnant. On est quand même sur des budgets qui ne sont pas en tout cas pour certaines familles qui ont plusieurs enfants ou même pour des adultes qui n'ont pas des moyens financièrement c'est quand même difficile. Donc s'il y avait un remboursement je pense que ça permettra à des personnes qui n'ont pas l'occasion de se le payer eux même de pratiquer l'activité.

Je pense qu'il y a des remboursements en plus de la mutuelle... où il y a déjà aussi 30€ par mutuelle en général. C'est vrai que... Ça fait quand même une réduction mais ça dépend du prix total de l'abonnement quoi. (Rire)

M6 : Non mais je crois que c'est génial comme idée parce que c'est surtout dans le cadre de la médecine générale où on a un rôle de prévention en plus du thérapeutique et il y a clairement un intérêt de démontrer scientifiquement que la condition physique protège. Je pense que dans l'intérêt médical c'est hyper intéressant pour les gens et donc le fait qu'il y aurait une possibilité d'avoir dans le futur sur prescription et même imaginons un remboursement oui moi je trouve que c'est vraiment une très bonne piste à avoir surtout que tu peux avoir la meilleure montre connectée du monde je pense que ça remplacera jamais l'effet d'avoir une personne en chair et en os qui va t'observer, qui a l'expérience et qui dans ce cadre-là de la prescription médicale sportive et qui lui va au fur et à mesure avoir l'œil aussi et l'expérience de gens qui ont peut-être des particularités un petit peu plus spécifique qu'un sportif qui lui est habitué donc oui je pense que c'est vraiment une très bonne idée comme nous quand on est médecin on a parfois envie de stimuler les gens parfois je pense qu'on l'a tous fait on peut mettre une prescription de kiné et tout. Mais intérieurement moi j'aime pas du tout parce que je trouve que premièrement, c'est dévalorisant pour le kiné parce que c'est pas son rôle en tant que soignant paramédical et deuxièmement au niveau du système de santé ça a pas été construit comme ça on le fait pour le bien du patient on le fait pas pour nous mais voilà ça a pas été construit comme ça donc moi je pense que ça pourrait être chouette et que par la suite avoir même un cadre clair et pouvoir considérer comme une forme de soignant paramédical pourquoi pas dans un cadre préventif. Oui donc moi je trouve que ça pourrait être une très bonne piste, idée que ce projet-là.

F.P : Vous disiez voilà le rôle du médecin généraliste c'est un rôle de prévention, est ce que finalement c'est notre rôle en matière de conseils ?

M6 : Je pense qu'après on ne peut pas démêler le préventif du thérapeutique non plus donc vraiment séparer quelqu'un qui ferait juste du préventif je ne sais pas parce que je pense que les 2 sont toujours intimement liés dans les deux sens et que voilà même dans un cadre de prévention il peut y avoir un certain élément de thérapeutique aussi. Quelqu'un qui se remet à une activité physique, la plupart du temps il va aussi souffrir de cette remise en route, il peut avoir ces petites blessures de néo-sportives donc je pense que les 2 doivent être liés. Maintenant avoir quelqu'un qui fait juste du préventif non je ne pense pas que ce soit si prolifique que ça ou alors des gens qui peuvent tirer les sonnettes d'alarmes, signaler et peut être rediriger plutôt vers le médecin généraliste. Plutôt dans ce sens-là.

F.P. : Ces potentielles blessures vous bloquent dans le conseil ?

M6 : Disons qu'on y prête une certaine attention, on ne peut pas les laisser reprendre une activité sans les surveiller et de savoir s'ils sont aptes...

M5 : Oui c'est vrai que ... je pense que d'une manière générale dès notre enfance on est quand même stimulé à essayer de prendre en compte l'alimentation, l'activité physique enfin on nous apprend tout ça dès l'école maternelle et primaire. Je pense que le rôle déjà il commence là, enfin je pense. Quand on voit les pubs à la télévision, ils disent bien de bouger, de pratiquer une activité physique régulière mais c'est vrai qu'on donne des conseils mais c'est vrai qu'il n'y a peut-être personne pour les encadrer enfin mais bon après je pense que ça reste compliqué, il faudrait des centres complets de remise en forme. On devrait alors être comme en France, rembourser la thalassothérapie pour essayer de

remettre en mouvement les gens avec une approche pluridisciplinaire ça pourrait ... voilà. Et d'avoir des vrais coachs en remise en forme générale mais... parce que je pense que le problème c'est aller en fonction des infrastructures il y a des coachs mais ils ne sont pas toujours adaptés à la personne mais bon ça je pense que c'est la même chose pour tout. Parfois on envoie un patient chez un diététicien et ce n'est pas le bon. Aussi parce qu'il ne voit pas la chose de la même manière que le patient et je pense faut aussi que le patient parfois essaie plusieurs sports avant de trouver le coach sportif aussi qui lui correspond quoi.

F.P : C'est bien, j'ai déjà pas mal de réponses ça va aller vite après pour la suite. Donc sur le profil des patients à qui vous auriez tendance à conseiller de l'activité physique et d'autres par exemple ou vous n'auriez pas tendance à conseiller de l'activité physique ? Des contrindications en tout cas ceux auquel vous mettez des freins peut être à conseiller l'activité physique ?

M6 : Moi je dirais que tout le monde peut en faire, enfin je ne pense pas qu'il y ait de contrindications absolues mais ça reste comme tout je pense que ça doit être adapté aussi à l'état de santé de la personne et cetera. Donc oui ça doit être quand même sur mesure. Mais je pense que tout le monde doit avoir accès à ce genre de choses.

M5 : C'est vrai je pense que comme dit (prénom du M6) faut mettre des priorités aux problèmes de santé du patient mais si c'est un patient qu'on voit souvent pour je pense aussi parfois, il y a des patients qui sont forts dépressifs, ou qui sont en burnout je pense que parfois et qui n'ont pas vraiment de plaintes médicales autres que c'est parfois le bon moment d'aborder l'activité physique pour essayer de sortir de cette phase négative ça peut aider donc. Mais c'est vrai que je ne pense pas qu'il y ait de réelles contrindications à part des personnes qui auraient un réel handicap physique ou mental leur empêchant éventuellement de pratiquer dans ce cadre-là mais il y a toujours un autre cadre qui existe et à ce moment-là faut personnaliser le soin au patient. Dans ce cas-là tu parlais de la prescription médicale à un centre spécialisé.

F.P : Comment vous arriveriez à sensibiliser vos patients et à les motiver à tenir dans le temps ? En tant qu'acteur, médecin généraliste, rôle de prévention, comment vous arrivez à les sensibiliser finalement ?

M6 : Moi je pense que je lui dirais déjà que c'est du préventif et que contrairement à tout autre médicament et il y a aucun effet secondaire, il y a que du bénéfice à en tirer que ce soit à tout point de vue au niveau condition physique et au niveau mental aussi que ça va agir sur un tout qui est prolifique. Je pense que les effets sont quand même mesurables et le bien-être se fait vite ressentir auprès de la personne.

F.P : Ces effets mesurables que vous souhaiteriez voir être modifier ça passe par ?

M6 : Ça pourrait être tout simplement une tension artérielle, le poids, ça peut même être au niveau d'une glycémie, d'un titre de triglycérides, donc voilà que ce soit de la biométrie ou même de la biologie sanguine.

F.P : Vous feriez un feedback ?

M6 : Je pense qu'il y a clairement moyen de donner des échéances et pourquoi pas faire un suivi avec un entretien motivationnel. Il y en a beaucoup qui viennent pour leur prise de sang annuelle... ça pourrait être conjugué à ce niveau-là et je pense que ça donnera davantage de sens parce que là on sait que la personne fait quelque chose pour un résultat plutôt qu'une personne à qui on fait une prise de sang chaque année mais ou au final qu'est-ce qu'on attend ? Enfin je parle de personnes qui n'ont pas de médicaments ou quoi que ce soit mais voilà on dirait on intervient avec l'activité physique et où

on mesure la différence entre deux prises de sang ou entre deux biométries. Mais oui il y a possibilité de suivi mais je pense que ça doit être vraiment vu en multidisciplinaire et ce n'est pas moi qui vais un petit peu décider je pense qu'il y a moyen de trouver quand même des preuves scientifiques enfin de croiser avec des preuves scientifiques, quelles fréquences et quels marqueurs sont réellement intéressants à suivre.

M5 : Bien oui ça je pense, juste redire la réduction des risques cardiovasculaires aussi au long terme, peut être leur rappeler. Chez certains patients aussi parfois c'est aussi couper le fait d'arrêter aussi le tabac parce que je trouve que parfois c'est ... Il y a des patients qui sont tabagiques et qui font du sport et voilà parfois on arrive en discutant avec eux de voir que leurs performances pourraient augmenter en arrêtant de fumer je pense que ça peut être lié mais sinon oui c'est surtout pour les patients peut-être diabétiques de leur expliquer bien que ça va vraiment permettre bien une meilleure pénétration de l'insuline etc. de leur dire votre insuline ça va permettre de diminuer votre insulino-résistance et que c'est vraiment un effet bénéfique au long court. Que ça va permettre aussi de réduire les médicaments s'ils ont une bonne activité physique. Et je pense que oui ça d'une manière générale dire aux patients que ça peut permettre de diminuer ou d'arrêter certains médicaments. Je pense que c'est un argument en tout cas pour les patients hypertendus par exemple qui ne veulent pas prendre de médicaments et qui ont une légère hypertension bien parfois les stimuler à faire une activité physique avant de donner directement un médicament et à des mesures raisonnées diététiques générales je dirais que parfois ça permet d'éviter les médicaments et aussi les patients sont vraiment motivés. Parfois ce n'est pas facile d'aborder les sujets de mesures hygiéno-diététiques avec un patient parce qu'on ne sait pas comment le faire, mais moi ce que j'utilise encore assez bien comme outils c'est au niveau de la SSMG, ils ont des fiches patientes et là-dedans il y a des conseils hygiéno-diététiques pour l'hypertension et franchement je trouve que c'est bien parce qu'au moins le patient peut le lire tranquillement à la maison. On peut déjà aborder quelques points sur la feuille avec lui et en même temps il a voilà l'explication que vraiment les mesures hygiéno-diététiques peuvent permettre de réduire l'hypertension. Et c'est vrai que parfois on a envie de prescrire des médicaments à la première consultation ou à la deuxième où on voit que le patient est hypertendu mais parfois lui laisser une chance de changer ses habitudes en lui donnant des conseils adéquats. Je pense que mais c'est vrai que parfois on ne sait pas par quoi commencer, on n'a pas le temps d'analyser tout ce que le patient mange et fait, a comme habitude journalière pour dire qu'est ce qui pourrait causer son hypertension. Parce que l'autre fois moi par exemple j'ai un patient il était à 18 de tension, il voulait pas prendre de médicaments, et j'ai repris cette liste avec lui et à un moment donné les bâtons de réglisse aussi il en machait toute la journée en fait et je pense que personne lui avait jamais dit que la réglisse pouvait faire augmenter l'hypertension, c'est vrai que c'est des bêtes choses mais nous si on reprend pas nous même la liste au final, moi j'ai pas pensé à lui demander s'il machait des bâtons de réglisse dans mon anamnèse de l'hypertension quoi. Et il ne voulait absolument pas prendre de médicaments donc je lui ai redonné cette liste et je lui ai expliqué que c'était important d'essayer d'arrêter déjà les bâtons de réglisse s'il ne voulait pas prendre de médicaments.

F.P : Donc vous avez appris à creuser dans la vie du patient, donc au fur et à mesure de l'anamnèse que ça a permis de trouver cet élément.

M5 : Bien oui, c'est vrai que parfois et j'ai passé tout en revue... oui c'était dans les mesures mais c'est vrai que parfois une liste devant soi pour guider notre anamnèse ça peut quand même aider je pense oui.

F.P : Il y a eu beaucoup de remarques là donc je ne sais pas si vous avez des choses à compléter ?

M6 : Oui non, moi j'ai aussi c'est vrai que les petites fiches SSMG moi je sais prescrire l'info patient qui reprend aussi et c'est vrai qu'eux ils insistent toujours sur tout ce qui est métabolique la base c'est une On dit toujours une hygiéno-diététique mais au final est ce qu'on sait vraiment ce que ça reprend en tant que médecin généraliste c'est vrai que ce n'est pas évident. Je pense que ce n'est pas évident parce que c'est tellement large et qu'on sort un peu du cadre de notre médecine traditionnelle, conventionnelle et qu'on est peut-être moins à l'aise dans ces eaux là et après ce sont des choses qui doivent être vraiment taillées sur mesure pour le patient donc ça demande du temps, de l'investissement sur notre patient et qu'on n'a peut-être pas toujours non plus.

F.P : Est-ce que vous connaissez les recommandations de bonnes pratiques sur l'activité physique ?

M6 : Il y a déjà la différence entre modéré et intense.

M5 : Oui.

M6 : Ce n'est pas toujours évident de mettre une frontière pour la personne. Déjà ça bêtement sur des mots ce n'est pas toujours simple déjà pour nous de comprendre où est la différence et puis je pense qu'il y a certaines personnes où une bonne marche à pied c'est déjà considéré comme une activité intense alors qu'une personne qui ferait un jogging de 10km. Donc pour moi en tout cas j'ai du mal de mettre la frontière donc je pense que pour les patients ce n'est pas évident de comprendre non plus bêtement sur cette distinction.

M5 : Et la définition c'était quoi ?

M6 : Activité modérée ?

M5 : Bien la recommandation je pense que c'est 30min d'activité journalière marche à pied modérée ou alors 3 fois 60min la semaine d'activité intense ?

M6 : Ou 60min d'activité intense la semaine non ?

M5 : C'est un truc genre 3 fois une activité plus intense de au moins 40min en tout cas mais ça a déjà changé entre 40 et 60 d'activité intense.

M5 : Je dirai 60.

M6 : Moi je dirais tous les jours 30min d'activité modérée ou alors 3 x 60 min d'activité dite intense.

M5 : Mais moi je pense qu'il faut combiner les deux.

F.P : Il y a même des tranches d'âge dans les recommandations...

M5 : Oui chez les enfants c'est 2h d'activité.

M6 : Ah oui voilà.

M6 : Oui c'est vrai que ça on n'y pense pas mais tout n'est pas équivoque au niveau des âges non plus.

M5 : Oui chez les enfants c'est 2h d'activité physique par jour mais de tout confondu je pense je ne sais pas trop dire. On n'est même pas capable de dire les recommandations belges (rires)

F.P : Il n'y en a aucun qui a su me donner le chiffre exact pour l'instant, mais plutôt comme vous, un ordre d'idée...

M5 : Alors on est rassuré.

F.P : Après en s'intéressant un petit peu à vous. C'est est ce que vous pratiquez une activité physique, est ce que ça influence la prise en charge de vos patients ?

M5 : Oui, je fais de l'activité physique, enfin j'essaie. Je suis allée courir. Je fais de la course à pied, de la natation quand c'est possible, marcher le week-end surtout et du vélo quoi. Mais bon je pense que le gros frein de cette année vraiment c'est la fermeture des salles de sport. On s'était déjà inscrit à une salle de sport avant le confinement. Moi j'ai un abonnement à la piscine, voilà c'est sûr que quand ça referme ça diminue quand même l'activité et puis aussi au niveau de notre temps c'est difficile de dégager du temps en semaine pour faire une activité physique. Donc voilà moi j'ai du mal, c'est beaucoup plus difficile en hiver qu'en été parce que c'est vrai qu'en été après 18h c'est plus facile de faire une activité quand il fait encore clair en extérieur. C'était plus facile pendant le 1^{er} confinement et aller marcher, on allait souvent marcher une heure, une heure et demie à la fin de la journée. Enfin voilà on essaie de se maintenir en forme. Au moins 2-3 fois semaine.

F.P : 2-3 fois semaine.

M5 : Une fois en semaine et le week-end on fait quand même au moins 2h de marche ou du vélo ou autre chose quoi.

M6 : Oui je pense que le fait de pratiquer, ça influence clairement... Notre expérience personnelle influence...

F.P: OK. Pour tout doucement conclure, est-ce que vous vous en ressentez le besoin d'une aide ou d'une formation pour les conseils d'activité physique ?

M5 : Oui moi ça m'intéresserait c'est vrai qu'on parle beaucoup de la formation en médecine du sport en général mais c'est vrai que c'est très complet. Moi ça m'intéresserait de faire une formation de plus courte durée on va dire sur « comment promouvoir en médecine générale la pratique sportive » je pense que ce serait intéressant. Et éventuellement aussi sur la prescription, sur comment réguler la prescription et voilà c'est vrai que, en tout cas, c'est un sujet dont on ne parle pas assez aux études et nous on est jeunes médecins donc on est encore fort aussi dans ce qu'on a retenu de nos études et c'est vrai que ça pourrait faire partie d'un cours de médecine générale je pense.

F.P : Il n'y a pas eu de cours là-dessus ?

M5 : Je n'ai pas l'impression.

M6 : Non, moi je ne me souviens pas ne tout cas.

M5 : Pas vraiment sûr...

M6 : Oui moi je pense que ça peut être intéressant déjà d'être informé et puis dans un deuxième temps, s'il y a des infrastructures, des choses qui se mettent en place, d'être formé à de la prescription d'activité physique mais je pense que c'est même un peu étonnant au final dans tout ce qui existe comme outils que ce soit SSMG, etc. qui est pas encore de chose, après j'ai pas tout exploré je le reconnais, mais alors que les recommandations d'activité physique c'est quand même la base de quasi toute chose dans toutes maladies ou même dans la prévention. Ça va dans le thérapeutique comme dans le préventif au final et on n'a pas grand-chose comme ressource du haut de notre pyramide scientifique.

F.P : Et s'il devait y avoir à Tournai un sport sur ordonnance, des conseils ?

M6 : Moi je pense qu'il y a à (ville à la frontière de Tournai), (nom d'un complexe sportif) je pense, que je trouvais intéressant parce qu'il y avait déjà une alliance entre des kinésithérapeutes et des coachs

sportifs. Donc moi je trouvais que c'était déjà une alliance qui était déjà intéressante pour des patients qui se remettaient en activité physique. Il y avait un suivi qui était très bien de ce que j'ai eu comme écho. Et il y avait la possibilité aussi un peu de la prise en charge, on se remet en route, les petites blessures, il y avait la possibilité kinésithérapie aussi qui était joignable. Donc voilà c'est une des choses qui me viennent à l'esprit en parlant de ce thème-là. Je pense qu'il y aurait plusieurs salles de sport qui pourraient être intéressées parce que de 1 en termes de chiffres d'affaires ça peut être intéressant pour eux parce que c'est un apport de membres et voilà. Après il faut être sûr que ce soit encadré et fait correctement.

F.P : Ce manque d'encadrement pourrait vous faire « reculer » dans ce type de prise en charge ?

M6 : Je pense qu'après il y a tellement peu à perdre au final, qu'il n'y aurait jamais vraiment de freins à le faire. C'est pour le bien de notre système de santé, s'il y a des interventions au niveau financier par des mutuelles, il faut que ce soit un minimum correctement encadré aussi. Le problème c'est que Tournai cela reste quand même une grande ville et c'est peut-être plus difficile de le mettre en place que dans des villes comme Leuze ou...

M5 : Mais en fait je pense que si tu réfères que dans un seul endroit, ce sera plus facile, dans l'infrastructure. C'est ça aussi, on ne peut pas aller tous dans la même infrastructure, ils seraient débordés quoi. Oui si ce sont certains médecins qui le font... ou alors faire le système d'associations d'infrastructures pour avoir de meilleurs retours, cela diminue aussi le choix du patient...

F.P : Je pense que c'est assez complet, je ne sais pas si vous aviez d'autres remarques pour refaire un peu le bilan complet ?

M5 : Il y a juste une chose, moi je pense qu'on n'a pas abordé mais ce sont les écrans quoi je pense que c'est sûr que les écrans dans la sédentarité ont un rôle super important chez les jeunes, chez les enfants. Maintenant au lieu de les mettre dehors à jouer on les met devant un écran même chez nous maintenant avec le confinement on s'en rend compte on regarde beaucoup plus la télé qu'avant et quand c'est l'hiver et qu'il fait noir on n'est pas en recherche d'une activité physique en soirée comme ça. Alors que bon je suis sûre que l'été c'est un peu plus facile de se dire OK je vais faire un tour, je prends mon vélo ou je vais courir le soir alors qu'en hiver c'est clair que quand on ne peut rien faire on rentre chez soi et on ne fait rien du coup.

F.P : Le confinement et ce COVID ça a eu un effet délétère sur vos patients, sur la prise en charge de vos patients ? En restant global, sédentaire et activité physique ?

M5 : Moi je trouve qu'au premier confinement il y en a pas mal qui se sont lancés dans une activité physique, et un certain nombre l'ont mal pratiqué et ont eu des conséquences médicales comme de type tendinite j'en ai eu pas mal, des entorses, j'ai même eu des fractures liées à des activités physiques du premier confinement. C'est vrai que c'est un peu dommage parce qu'ils ont commencé et qu'ils n'avaient même pas des chaussures adaptées pour aller courir.

F.P : Donc ça c'est plutôt dans le cadre infrastructures et aménagements.

M5 : Oui. Je dirais dans le premier il y en a pas mal qui se sont lancés dans une activité physique mais en étant mal préparé quoi et au deuxième par contre moi j'ai beaucoup plus de patients qui sont dans la sédentarité parce que oui il fait noir à 16h, ils n'ont pas le temps de pratiquer une activité, il ne fait pas beau, tous les centres sportifs sont fermés actuellement. Voilà, il y a que les piscines qui vont rouvrir dans une semaine. À Tournai, en soi je pense que les piscines pourraient déjà être ouvertes mais à Tournai ils en ont profité pour faire leurs congés, enfin je n'en sais rien, vu que c'est communal

ils ont décidé de pas rouvrir mais c'est vrai que du coup ça pénalise beaucoup de gens. On dit à la télé les piscines peuvent rouvrir et eux disent ils vont rouvrir dans un mois.

M6 : Ça a été un peu décidé du jour au lendemain au niveau gouvernemental et tu fais plus chauffer ta piscine pendant tout un temps et après tu dois relancer toute ton analyse biologique aussi donc ça a pris du temps.

M5 : Et puis il y a la fermeture annuelle au mois de janvier.

M6 : Les décisions qui sont prises dans les hautes sphères, on ne se rend pas nécessairement compte, enfin ça n'a pas grand-chose à voir.

M5 : Enfin je pensais juste que par rapport aux écrans et au COVID je pense qu'au premier confinement il y a des gens qui étaient peut-être motivés de prendre un temps pour eux mais au deuxième les gens en ont juste marre et n'ont pas le moral.

M6 : Mais moi je trouve que c'est encore écarter les extrêmes ceux qui avaient une activité physique l'ont amplifiée et ceux qui étaient sédentaires l'ont amplifié aussi dans le mauvais sens. Donc ça a un peu diviser. C'est un peu le ressenti que moi j'ai eu.

F.P : Les sédentaires sont encore plus sédentaires.

M6 : Voilà c'est ça. Et ceux qui avaient une activité en ont profité ils ont eu du temps qui était dégagé. Ils n'ont pas eu grand-chose d'autre à faire et donc ils ont amplifié leur activité physique.

F.P : Je pense que ça va déjà m'aider beaucoup.

M5 : Bonne chance.

F.P : Je ne sais pas ce qui va en ressortir mais il va y avoir quelque chose qui va ressortir de ça. Ça fait beaucoup d'éléments qui sont posés et après ça doit rejoindre avec ma question sur les freins et les leviers en fait.

M5 : Oui j'espère c'est un super sujet en tout cas.

M6 : Oui clairement et même je ne connaissais pas ce projet de sport sur ordonnance et je trouve que c'est génial. Moi je suis vraiment curieux de savoir le retour de ce truc-là quoi.

F.P : Il y a un édito qui a été publié en 2020, en août 2020, qui explique un petit peu le projet... Je peux vous le faire parvenir

M6 : Ah oui.

F.P : Avant que j'éteigne c'est bon ?

M5 : C'est bon.

Annexe 8 - Retranscription d'entretien – Médecin 7

Données sociodémographiques : Femme, médecin généraliste solo, tranche d'âge : 45-60ans, en périphérie de Tournai

Identification des participants à l'entretien :

M7 = Médecin 7

FP = Floriane Prevost (Chercheur)

FP : Tout d'abord, comment vous définiriez la sédentarité ? Un patient sédentaire ?

(Blanc)

M7 : Alors déjà par son métier... quand il a un métier physique et cetera... C'est déjà facile qu'un patient qui est sur son ordinateur toute une journée. Alors... comme c'est un village, on les voit promener régulièrement. Donc ça c'est une indication sur son état d'activité alors déjà on va dire... On connaît un peu ses patients. On sait que certains font des travaux dans leur maison. Certaines femmes gèrent leur maison toute seule... Certaines ont une femme de ménage.

Tout ça ce sont des petites indications qui nous permettent de voir maintenant si le patient est sédentaire ou pas.

FP : Donc cette sédentarité comment donner une définition ?

M7 : [étonnement] comment je pourrais définir ça ?? ... comme ... je considérerais moi, mais je ne sais pas si c'est vrai, qu'une personne qui est assise plus de 70% de sa journée est sédentaire.

FP : Quels conseils vous voudriez donner plus à ces patients-là ?

M7 : D'abord d'aller, s'il travaille tout près, d'essayer de mettre leur voiture plus loin. S'ils peuvent aller à vélo... de prendre 1 heure par jour à marcher, parce qu'ils ont un chien, parce que voilà.

FP : Si je comprends bien des petits conseils accessibles ?

M7 : oui

FP : Existe-t-il des « freins » que les patients se mettent ? ou des « freins » que vous vous mettez vous-même à aborder ces petits conseils ?

M7 : Je mets des freins quand je sais que ce sont des familles qui ont déjà énormément de choses à faire. Donc par exemple, je vois des femmes qui ont trois enfants/quatre enfants, je comprends qu'elles ne sachent pas tout faire (rire). Mais je suis sûre qu'elles sont moins sédentaires, parce qu'elles doivent bouger voilà... Et donc voilà, je ne vais pas commencer à leur dire, bien voilà levez-vous une heure plus tôt pour aller faire une heure de marche, je m'imagine que ce n'est pas possible dans leur journée.

Par contre un jeune homme qui est en surpoids, qui n'a « juste » que ses études à faire, je le stimule un petit peu en lui disant écoute tu dois faire un peu de sport, il faut bouger. A l'école, il a demandé un certificat parce qu'il ne savait pas courir. Tu vois un peu le genre de gars qu'il faut stimuler peut-être par de la marche avant la course à pied.

FP : Ça vous est arrivé souvent des demandes de certificats ?

M7 : Non, moi ils savent très bien que j'ai horreur de ça. Alors il y avait des jeunes filles qui demandaient ça pour la piscine mais comme j'ai refusé plusieurs fois je n'en vois plus. Et ça se sait...

FP : Il existe un projet de sport sur ordonnance à Frasnes et à Leuze, est-ce connu par la médecine générale ?

M7 : Mais j'ai vu que le Docteur (nom médecin), mettait ça sur ... En tout cas il en a fait la promotion sur Leuze. J'étais invitée, mais c'était un moment où ça ne m'arrangeait pas. Sinon c'était allez, un projet qui m'intéressait bien. Au moins de l'entendre et de voir ce qu'il avait à dire là-dessus.

FP : Donc si je comprends bien, vous n'êtes pas forcément réfractaire ?

M7 : Ah non, du tout. Après on a eu une fois cette formation qui était proposée, enfin ce n'était pas une formation, c'était juste une conférence en fait je pense... Et donc après on n'en a plus entendu parler au niveau du cercle etc. On n'a pas été mis au courant par un autre biais.

Donc par exemple je ne sais pas si mes patients de Tournai peuvent accéder ou si ce n'est qu'à Leuze et Frasnes.

Il y a un manque d'information...

Moi je pense que ça doit rester assez simple, ça ne doit pas être des grandes structures mais il faut que ce soit pour qu'il y ait le plus de personnes qui puisse y participer, que ce soit abordable et que ce soit des lieux proches, surtout qu'il y en a. Tu sais quand on fait de la gym il ne faut pas nécessairement avoir une salle de sport, il ne faut pas des espaliers, faut pas grand-chose. Ne fût-ce que sur deux villages avoir quelqu'un qui court faire un groupe comme ça ou faire des abdos-fessiers, faire de la zumba les enfants adorent même les adultes ça fait bouger c'est de la cardio et nous on n'a vraiment rien c'est vrai c'est dommage. Voilà.

FP : Concernant les patients eux-mêmes, avez-vous des profils « type » où vous conseillez l'activité physique ? Ou certains ont des contre-indications ?

M7 : Ecoute je prescris très peu réellement... prescrire « à la main ». Maintenant tu donnes des conseils. Moi je considère, il y a énormément de personnes qui sont anxieuses pour le moment et donc je les incite à trouver une activité physique. Maintenant il y en a beaucoup qui ne savent pas quoi faire... Et puis voilà c'est l'hiver quoi... Donc pour l'instant, c'est un peu en pause tu vois, ce n'est pas trop le moment avec tous les virus, les microbes pour commencer à leur parler d'aller faire du sport encore en plus.

F.P. : Donc on sait s'ils le font, j'allais justement demander comment on obtient un feedback de nos patients ? Est-ce que ça incite à une consultation dédiée à ça ou « plic ploc » par ci par là ?

M7 : Moi c'est plic ploc. Disons que je voyage beaucoup dans le village et donc en allant chez mes autres patients j'en vois un à vélo, j'en vois un à pied, voilà. Donc je me dis tiens c'est qu'ils le font et la fois d'après si je les ai vu je leur dis « c'est bien » je les encourage. Mais je ne sais pas s'ils l'ont fait juste une fois et je les ai vu ou c'est 10x et voilà quoi.

FP : Il n'y a pas une consultation dédiée ?

M7 : Non je ne creuse pas. Je pense que c'est le temps.

FP : Le manque de temps du médecin ?

M7 : Parce qu'il y a tellement de choses à faire que de multiplier les rendez-vous bien voilà quoi on a déjà des grosses journées alors ce sera encore plus compliqué. Ça sera d'autres choses que je ne pourrais pas faire.

FP : Et il faudrait quelqu'un dédié à ça ? Est-ce que vraiment c'est le rôle du médecin généraliste, c'est de notre rôle du conseil ?

M7 : Je pense que notre rôle, on a quand même du poids dans le raisonnement des patients, et donc le fait d'en parler, de le dire ça a du poids et donc ils se disent « le docteur a quand même dit... ». Faire du sport permet de diminuer le risque de cancer et donc je pense que c'est un argument de poids parce que je pense que ça les stimule. Moi c'est ça qui me stimule aussi quand je fais du sport je me dis aller ça diminue les cancers etc. Donc voilà je pense que c'est un bon argument maintenant on n'est pas là pour répéter tout le temps la même chose donc s'il y avait quelqu'un, un coach ou quelqu'un dédié à cette fonction c'est vrai que ce serait mieux.

FP : d'autres participants, on parle de multidisciplinarité, d'autres acteurs de la santé qui seraient utiles à cette prise en charge ?

M7 : Je pense que dans tous les villages il devrait y avoir des cours de sport. Je trouve qu'on a toutes des salles de la ville dans plus ou moins tous les petits villages, on a au moins une salle paroissiale, et bien il devrait y avoir un cours de sport, de cardio, au moins une heure ou deux par semaine et abdo/fessier ou un autre sport voilà. Je suis sûre qu'il y a énormément de patients et abordable parce que quand tu vois qu'une séance coûte 25€ il y en a qui ne le feront pas si c'est 4-5€ je suis sûre qu'il y en a beaucoup qui vont le faire. Et qui en profiterait pour voir des gens, ce serait stimulant le problème c'est qu'il n'y a pas tellement de... il faut directement aller en ville pour accéder à une salle avec des financements qui sont assez élevés et je pense que c'est vraiment un gros frein pour eux.

FP : Les villes sont mieux desservies, il manque de l'aménagement dans les petits villages ?

M7 : Alors, moi ici je suis vraiment à la frontière entre la ville et les alentours, mes enfants font pratiquement tous du sport sur (nom de village) parce que c'est une petite commune mais qui prévoit beaucoup de choses, on sait faire de la danse, du basket, moi j'ai commencé à courir par là aussi à là parce qu'ils faisaient « je cours pour ma forme ». Donc voilà, il y en a aussi sur Tournai mais voilà, ici tout proche c'était là ou c'était le plus proche, le plus accessible.

FP : Je ne réalise pas c'est combien de kilomètres à peu près pour aller faire son sport ?

M7 : Je dirai 3.

FP : 3 kilomètres.

M7 : Je pense à (nom de village 1) il y a une salle, à (autre nom de village) il y a une salle, dans tous les villages tu as une salle est c'est possible de le faire. C'est sous exploité. Parce qu'en fait les profs qui viendraient doivent le déclarer et donc s'ils demandent un financement trop bas, tu vois s'ils demandent 5€ par personne c'est bien mais il y en a qui veulent avoir plus et donc s'ils doivent le déclarer voilà. Il faudrait trouver en fait des profs de sport, nous on en avait un ici sur (nom de village 1) et il y en a parfois qui viennent mais dès qu'ils doivent le déclarer parce qu'ils sont connus par (nom de réseau social) ou par autre voilà ils arrêtent parce que financièrement ils trouvent que ce n'est pas suffisamment rentable.

FP : Il manque d'intervention, d'un remboursement ou d'un cadre administratif, est-ce un frein ?

M7 : Tu sais de nouveau ce serait une visite chez le médecin pour pas grand-chose, d'un côté c'est très bien pour ceux qu'on ne voit jamais donc ça permet d'embrayer sur quelque chose comme les attestations sportives pour les jeunes.

[Interruption téléphonique]

FP : Donc on parlait de ce cadre administratif comme soutien au conseil d'activité physique pour revenir un peu en arrière, un levier ou un frein ?

M7 : oui à la fois c'est bien parce que ça permet de voir des personnes qu'on ne voit jamais mais d'un autre côté parfois ça freine les gens parce qu'ils se disent « je dois encore aller chez le médecin pour juste un papier » et voilà. C'est souvent comme ça, ou alors ils téléphonent pour avoir juste le papier alors que tu ne l'as pas vu depuis 3 ans et tu n'as pas envie de le faire comme ça et voilà.

FP : Ok, comment on arriverait à les motiver sur la longueur et comment obtenir un feedback médical aussi à ce niveau-là ?

M7 : Je pense qu'il faudrait des espèces de petits agendas tu vois, des calendriers où on pourrait avoir un coach ou une espèce de test évolutif en fait pas avoir des bonhommes verts, des bonhommes rouges, des bonhommes orange tu vois j'ai l'impression que ce serait trop méchant pour certains ce serait négatif. Tandis que si on voit qu'on démarre tellement de bas et que cette fois ci il arrive à courir 500m, il arrive à performer sur d'autres choses que le cardio ou voilà c'est toujours positif voilà ça les fait bouger ça sera une bonne dynamique en fait.

FP : Et la place du numérique dans vos conseils ? Est-ce qu'elle est possible avec les montres connectées, applications... ?

M7 : oui, je pense qu'on va vers ça. Ça les bote, tu as une évolution justement, tu as comme un petit coach personnel et je pense que ça les aide. Maintenant voilà je pense que financièrement faut savoir le faire. Tout le monde ne peut... à un moment donné on a reçu par une firme des petits podomètres comme ça, moi j'en ai donné à certains moi j'ai vu que ça marchait parce que je les voyais marcher. Alors que c'était une dame qui avait une phobie sociale et elle partait dans les remembrements et je voyais qu'elle marchait. Donc je me dis c'est que ça la stimule.

FP : Je prends note de cet effet plutôt stimulant pour les patients. OK, je pense qu'on arrive vers la fin. Peut-être la durée idéale qu'on aurait tendance à donner comme activité physique est ce que la durée idéale que l'on se fixe nous, ça va avec les recommandations de bonnes pratiques et est-ce que c'est applicable dans la vie quotidienne ?

M7 : Ecoute je ne connais pas les recommandations de bonnes pratiques.

FP : Manque de connaissance des recommandations.

M7 : Oui tout à fait.

FP : Et est-ce un frein ?

M7 : Non parce qu'il y a le bon sens. Donc on sait très bien que quelqu'un qui est très fort doit bouger pour pouvoir maigrir aussi parce que tu as beau diminuer l'alimentation ça aidera mais s'il bouge en plus ça va être plus rapide et il va y avoir une amélioration plus rapidement aussi. Donc je pense que le poids est souvent lié à la sédentarité quand même donc c'est un moyen de pression aussi pour les faire bouger. Ils veulent maigrir mais sans rien faire or si tu leur dis que c'est vraiment bon parce que le cœur en général ils s'en foutent je pense que c'est vraiment le cancer, leur apparence, les maladies graves ça c'est vraiment le...

FP : Ce qui les fait bouger ?

M7 : Je pense quand même que certains sont touchés par ça d'ailleurs on le fait c'est parce qu'on n'y pense pas mais c'est vrai qu'on le fait ça. On fait une prise de sang de contrôle après un régime et essayer de bouger plus deux mois après pour essayer de montrer que les choses bougent et que les efforts ne sont pas vains.

FP : Et pour terminer est ce qu'il vous manque une formation ?

M7 : Oui moi je pense que c'est toujours intéressant. Les collaborations sont toujours bonnes maintenant je trouve qu'on travaille trop en solo. Et donc je pense que ces collaborations sont toujours bien. On devrait faire plus maintenant c'est toujours un peu le temps qu'il manque aussi maintenant on se répète toujours un peu dans les formations finalement et donc on pourrait avoir des choses plus intéressantes.

FP : Je ne sais pas s'il y avait d'autres remarques avant que j'éteigne le dictaphone comme ça on reste dans les temps que j'avais promis.

M7 : C'est super.

Annexe 9 - Retranscription d'entretien – Médecin 8

Données sociodémographiques : Homme, médecin généraliste solo, tranche d'âge : >60ans, en périphérie de Tournai

Identification des participants à l'entretien :

M8 = Médecin 8

FP = Floriane Prevost (Chercheur)

FP : On va commencer par la première question alors. Le concept de sédentarité peut être large, quelle en est votre définition ?

M8 : ça c'est une bonne et une mauvaise question... C'est bien sûr extrêmement large. Sédentarité c'est quoi ? Ce sont des gens qui sont pris dans la vie de tous les jours maintenant, en partie avec... leur ordinateur, en partie avec ce qu'ils appellent être leur vie sociale, c'est-à-dire que leur plus grande activité c'est d'aller boire un petit verre que cela soit d'un côté ou de l'autre côté de la frontière. Donc c'est très large le contexte de sédentarité. Pour moi, qui est sédentaire ? C'est celui qui dès qu'il a la moindre occasion de prendre l'ascenseur, il prend l'ascenseur plutôt que prendre les marches, c'est déjà quelqu'un de sédentaire pour moi. Parce que cela ne fait pas partie de la nature première de l'homme. Et puis je vais te dire, on n'a pas vraiment un questionnaire tout fait pour dire tel patient l'est, tel patient ne l'est pas.

FP : J'ai pu voir dans la littérature que la définition n'était pas forcément commune et je voulais un avis d'un médecin généraliste sur le terrain disons.

M8 : c'est à peu près comme la paresse. Qui est paresseux ? Qui ne l'est pas ? Tu as des gens qui sont plus courageux que d'autres, et d'autres qui le sont moins. Ce que je viens de te dire, pour moi définir dans l'ensemble de façon la plus claire possible la sédentarité... à partir du moment où tu as l'occasion de monter trois volées de marche et si à côté il y a un tapis roulant et que tu prends le tapis roulant tu es sédentaire, il ne faut pas aller chercher plus loin...

FP : et c'est plus visible chez certains profils de personnes ?

M8 : ... A la limite il y a des climats familiaux... tu as des gens qui mettent leurs enfants à faire du sport dès qu'ils sont petits et qui les encouragent à aller faire du sport. Donc je pense que ce n'est pas toujours de la faute des gens quand ils sont sédentaires. C'est parce qu'ils n'ont pas appris autrement.

FP : comme une « hérédité » de la sédentarité, qui se transmet de famille en famille ?

M8 : Tu as probablement une hérédité de la sédentarité. Tu vois il y a des gens qui ont un métabolisme basal qui est lent, tu as des gens qui ont un métabolisme basal qui est plus élevé. Donc ce sont des machines qui tournent moins vite et d'autres qui tournent plus vite. Ça bien sûr que tu as un climat entre guillemet familial aussi des habitudes et puis génétique.

(moment de silence)

Je pense que celui qui a vu toute sa vie son père aller chercher du bois, il va reproduire le même climat. Celui qui a vu le père aller sur la mère parce qu'elle n'aura pas été assez vite, il va aussi probablement produire la même chose.

FP : Quels conseils pourrions-nous à l'échelle de la médecine générale proposer à ces patients ?

M8 : moi je trouve que déjà le fait qu'en consultation normale que tu puisses peser, mesurer les gens, prendre leur BMI et une fois qu'ils sortent de la zone verte, les mettre en alerte. C'est déjà un bon conseil. Mais malheureusement tant que ça n'est pas devenu une généralité c'est contreproductif.

FP : Donc je résume on commence à les alerter en fonction de leur poids ? Des effets mesurables ?

M8 : oui en leur disant, tiens vous avez telle pathologie, vous êtes hypertendus... vous savez le premier traitement de l'hypertension ce n'est pas de donner une pilule, c'est de bouger et faire de l'exercice physique. Quand vous êtes diabétiques c'est la même chose. C'est pour sortir de la spirale des médicaments dans laquelle vous allez vous enfermer. Pareil pour ceux qui ont un excès de cholestérol ou de triglycérides...

Moi je fais quand même très attention, car un bonhomme qui fait de l'hypertension et qui est parti pour un traitement, il le prendra quand même à vie.

Il faudrait presque faire un petit sigle dans leur dossier pour arriver à voir combien arrive à suivre les conseils. A mon avis la plupart des gens ne sont pas dans ce stade là et sont fainéants et préfère prendre leur petite pilule. Il n'y aura qu'une petite minorité qui vont suivre les conseils hygiéno-diététiques, la grosse majorité ne va rien faire du tout.

FP : Ce qui vous freine dans vos conseils, c'est un défaut de compliance de vos patients ?

M8 : Oui, c'est le schéma de vie globale je pense... C'est la vie de tout le monde, la vie de tous les jours. C'est la vie moderne.

FP : Ici plus particulièrement, il y a des choses qui empêchent les patients à se bouger, à aller faire de l'activité physique ?

M8 : On a une région qui est quand même relativement favorisée. Il y a des infrastructures sportives en suffisance. Il y a un terrain de foot, la salle de multisport. A 5 km il y a l'ADEPS avec aussi leur salle multisport. Il y a des terrains de tennis, il y a les RAVeL. Je ne pense pas sincèrement que l'accès aux salles de sport n'est un frein non plus. On a tout ce qu'il faut, il y a même des cours de troisième âge qui sont là.

FP : Il existe du côté de Frasnes et de Leuze des projets de sport sur ordonnance. Qu'en pensez-vous ?

M8 : Ma première idée, c'est que c'est une mauvaise idée. Parce que quand tu vois l'organisation générale de ce genre d'histoire, ça ne peut pas marcher. Ça va être le genre d'organisme qui va avoir sa propre structure, qui serait une structure unique, c'est-à-dire ses propres kinés, ses propres médecins. On est quand même dans une région où tu as une multitude de kinés et on ne va pas pouvoir prendre tout le monde... Tu comprends dans un marché libre, pour moi ce n'est pas permis de faire avec de l'argent public ce genre de truc dans un marché libre. Ce genre de truc on peut le faire dans un système payant. A partir du moment où tu payes, tu peux choisir ton magasin. A partir du moment où c'est fait avec mon argent et ton argent, on ne peut pas imposer quelqu'un. Qu'il soit payé avec notre argent au détriment de quelqu'un d'autre. Pour moi la seule raison que je refuserais ce genre d'histoire c'est qu'on prend de l'argent public pour le mettre dans la poche d'un privé au détriment d'autres privés qui sont probablement aussi valables mais à un moment donné pour des raisons x ou y n'ont pas été choisis. Alors tu sais ils ont fait dans le temps un projet qui était très séduisant pour la culture. Donc il y avait des espèces « d'ambassadeurs » qui étaient désignés qui prenaient des publics défavorisés et qui les emmenaient aux théâtres par exemple. Donc l'accès était gratuit. C'est vrai que c'est quelque chose de très séduisant. Alors oui pourquoi pas avec du sport ?

De donner accès à tout le monde à la culture. Seulement c'est un projet qui est en cours depuis 15ans et personne n'en entend parler. Alors bien sur le public défavorisé n'a pas non plus un écriteau dans le dos en disant « voilà je suis un public défavorisé ». Pour le sport je pense que c'est la même chose, on ne peut pas non plus aller chercher les gens... dans une société idéale peut-être mais on n'a pas les moyens d'aller chercher les gens avec un bus, ou un taxi et de les emmener à l'ADEPS pour faire du sport.

F.P : Et quel serait le conseil idéal d'activité physique à donner à ces patients ?

M8 : Au plus simple au mieux, déjà marcher ¾ d'heures c'est déjà pas mal. Il ne leur faut pas un training et donc de devoir dépenser de l'argent. Tu n'as aucun frein à la marche. Aller chercher votre journal à pied plutôt que de prendre votre voiture pour un petit trajet. Puis de prendre les escaliers quand c'est possible. Parce que tout compte fait, c'est ça la sédentarité des gens. Et heureusement dans la ville ils ont mis des nouveaux parcmètres et des nouveaux freins au stationnement dans tous les sens, on ne peut plus que rester ½ heures sur sa place de parking. Ça oblige les gens à bouger.

F.P : Alors pour reprendre les idées globales, on parle donc de freins financiers, des structures avec de l'argent public, les parcmètres pour obliger les gens à se bouger... Donc de l'aménagement du territoire. Et pour revenir au côté médical, vous obtenez souvent des retours de patients suite à vos conseils que vous auriez donné en matière d'activité physique ?

M8 : Et bien non ils ne reviennent pas en disant, j'ai mis votre conseil en application docteur. Il faudrait que je leur demande s'ils l'ont fait ou pas. Mais parfois tu vois à la fin de ma journée je suis assez fatigué, est ce que j'ai encore envie de prendre le temps de vérifier s'ils m'ont écouté, et bien en fait non pas toujours. Mais parfois si, je les vois qui marche pour aller au marché ou faire leurs courses et donc là je me dis surement ils ont quand même fait leur part d'effort. Et je les félicite pour ça quand je les revois en consultation la fois suivante. A partir du moment aussi où tu les as pesé et mesuré et que 1 mois ou 2 après ils reviennent sur la balance et qu'ils ont perdu 1-2 ou 3 kilos, tu es content. Donc ça doit être dans notre démarche quotidienne, mais il faut qu'on se booste pour le faire. Et puis si en tant que médecin, on est sensibilisé nous-même à la problématique on va gratifier le patient. Si on est forcé par la force des choses à avoir le réflexe de prescripteur, de prescrire un médicament plutôt que de parler des choses et de lui donner le bon conseil, bon bien tant pis il y a des gens qui seront passés à travers les mailles du filet et tu te rattraperas peut-être à une autre consultation où tu auras eu plus de temps à lui dire les choses. Et puis tu as tous ces gens qui sont tout à fait imperméables à ce genre de conseils. Moi j'ai eu l'expérience il n'y a pas plus de 15 jours ici... Un de mes patients, il fait 1m78 pour 140kilos et bien sûr son BMI il est dans le rouge foncé. Ce garçon en plus pas de chance il fait de l'hypertension, il vient chez moi, examen sportif de ses enfants, je dis à l'épouse qu'il faudrait quand même qu'il vienne ici faire contrôler sa tension cela fait trois ans que l'on n'a rien pris. Je prends sa tension il a 17/14 de tension. Le 17 ce n'est encore rien mais le 14 c'est une tension artérielle maligne. Ça fait 4 ans qu'il fait régime et qu'il n'a pas perdu un seul kilo et c'est un garçon qui entraîne des sportifs et donc c'est qu'il y a quelque part un souci et le souci n'est pas hypothyroïdien, enfin tu comprends. Le souci c'est que ce que tu veux que par la culture ils ne savent pas ce qu'est bon à manger... A partir du moment où tu n'as pas une bonne culture de ce qui est une alimentation saine, et bien alors cela devient une habitude et tu continues dans ton habitude mais sans le faire exprès puisque tu n'as appris que ça. Pour le cerveau, le gras, le sucré c'est une compensation. Pour le cerveau, l'activité physique c'est synonyme de souffrance. C'est comme la cigarette, comme l'alcool et tout le restant en fait. Il y a des familles où même s'ils ne sont pas obèses, ils ont tous tendance à l'embonpoint. A partir de 12ans les enfants même s'ils sont sportifs ils ont une belle couche de gras. A partir de là qu'est-ce que tu veux faire ? Tu sais bien qu'à la puberté tu as ton nombre d'adipocytes qui sont fixés et puis après ça tu as beau danser sur ta tête tu ne seras plus jamais maigre. Il y a plein

d'affiches que j'ai mis dans ma salle d'attente après la pyramide alimentaire et tout ça et puis bon en fait... qu'est-ce que les gens en ont retenu ? Ça c'est encore autre chose...

F.P : Il faudrait revoir l'accès à l'information pour pouvoir améliorer nos conseils en consultation ?

M8 : Oui par exemple certains ne savent même pas lire ou écrire et donc l'affiche dans la salle d'attente est complètement inutile... J'aimerais mieux leur parler à ces gens-là. Il faut revoir la base communicationnelle des médecins avec leurs patients.

J'ai par exemple un couple d'une quarantaine d'années, ils ont l'air d'être un couple intelligent tous les deux. Ils sont d'un milieu moyen c'est-à-dire comme la majorité de la population. Donc aucune barrière à la compréhension pour eux, d'accord ? Donc je vais chez ces gens, la dame je la soigne depuis longtemps. Le monsieur est un patient à l'un de nos confrères mais suite à un divorce il a décidé de changer de médecin et il vient chez le médecin de sa nouvelle compagne donc c'est-à-dire chez moi. Donc c'est un monsieur que je suis depuis deux ans. On a fait une première prise de sang qui n'est pas bonne et puis 2 mois après il devait refaire une nouvelle prise de sang pour voir comment ça tourne au niveau de sa prise de sang pour avoir un traitement peut-être pour le cholestérol. Donc on fait la 2^{ème} prise de sang, elle n'est pas bonne. Donc je prends la fameuse grille de Score et puis on regarde en fonction de sa tension, son cholestérol, de son âge, du fait qu'il fume. On regarde ses facteurs de risques pour savoir s'il doit prendre un traitement. Pas de chance, le monsieur doit prendre un traitement médicamenteux et je lui explique bien « écoute, le cholestérol malgré tout ce que l'on dit ce n'est pas un problème de régime » Si tu fais régime, il n'y a qu'1/8 de ton cholestérol lié au régime. Si tu veux faire baisser ton cholestérol lié au régime, il faut quasi que tu deviennes végétarien. Donc le but c'est de te donner un médicament qui va empêcher ton foie de fabriquer du cholestérol. Le coupable c'est ton foie. Bien sûr si tu veux faire attention pour abaisser tes autres facteurs de risques, il faut que tu fasses de l'activité physique, je ne sais pas du vélo par exemple. Tout en faisant attention à ne pas avoir un accident... Après je ne voudrais pas qu'on dise que c'est le docteur qui l'a poussé à aller faire du vélo et puis qu'il a eu un accident (rire). Donc tu vas voir ça va aller. Donc on discute mais sincèrement pendant au moins plus de ¾ d'heures sans blaguer avec le couple. Et puis en partant je prescris mon médicament, comme à mon habitude une 1^{ère} ordonnance pour une petite boîte de 28 gélules et puis tu auras plus tard une 2^{ème} boîte de 98 gélules tu iras faire ta prise de sang au milieu de la 2^{ème} boîte comme ça on verra bien comment ça a fait effet... Je fais mes trucs je fais pour m'en aller et puis je vois qu'ils sont un peu perdus je dis « vous avez encore besoin de quelque chose ? » et alors ils me disent « c'est une catastrophe alors, on ne sait vraiment plus ce qu'on va manger à partir de ce soir ». Donc voilà tu vois le cadre explicatif était pourtant clair, les patients étaient pour moi d'un bon niveau de compréhension, le temps était pris pour leur expliquer en long et en large et finalement ils n'en n'ont pas compris un mot de ce que je m'étais tué à leur expliquer. Il y a un blocage... un réel blocage. Et ça arrive souvent, tu expliques aux gens et parfois tu te demandes même si tu n'as pas un problème de langage parce que tu expliques de façon claire où se situe le problème et où il n'y a aucun problème... Il y a des tiroirs qui restent fermés que tu ne sais réellement pas ouvrir. Comment peut-on faire pour mettre de l'ordre dans le tiroir ? Tout en faisant quelque chose qui doit durer dans le temps. Si tu entreprends ça maintenant ce n'est pas pour fermer la porte dans 5 ans c'est pour partir dans une route qui va tenir assez longtemps...

F.P : Oui c'est très intéressant ce que vous êtes en train de me dire là... Pour ne pas trop abuser de votre temps, je me permets de changer de question. Quelle est votre opinion d'une aide des outils numériques dans vos conseils en matière d'activité physique chez nos patients sédentaires ?

M8 : moi je trouve que c'est très bien. Bien sûr le positif c'est la facilité. Tu as envie de faire de la gym tu n'es pas obligé d'être lié ni par un horaire, ni par un endroit, tu peux faire du sport de chez toi

dans une grande ou une petite pièce. Tu n'as aucune contrainte. Parfois tu as des gens ils ont envie d'aller faire un jogging et puis il pleut durant trois semaines et pendant trois semaines ils ne le font pas. Mais là ce n'est pas la même chose, qu'il pleuve, qu'il ne pleuve pas... Allez tu vas dans une salle de sport, si tu as 5-10 minutes de retard, ça ne va pas. Tu ne sais pas être en retard, il te suffit de rentrer chez toi et d'allumer ton application quand tu veux. La seule contrainte c'est le courant électrique que tu as ou que tu n'as pas... Et ce courant électrique ne te coûtera pas plus cher que ton inscription et ton assurance au club. Et si c'est une montre connectée c'est très bien, cela te donne des mesures chiffrables. Ne fût-ce qu'un petit compteur de pas et qui sait le nombre de pas qu'il a fait mais c'est stimulant. Ça lui donne un objectif à avoir et à dépasser.

F.P : Et concernant les recommandations de l'OMS pour l'objectif quotidien ou hebdomadaire, qu'est-ce que cela évoque pour vous ?

M8 : Je n'en sais rien. Mais pas par manque d'information, mais plutôt à force de s'être cassé les dents... parce que moi je vois bien il y a deux ans on a eu une réunion et le 1^{er} réflexe de 99% de la salle c'était de prescrire un médicament avant de demander aux gens de faire de l'activité physique.

F.P : Un réflexe prescripteur ?

M8 : oui parce que c'est plus facile pour nos patients. Mais bon on décide à sa place, est ce que c'est correct de décider à sa place ce qui est plus facile pour lui ?

F.P : Finalement est-ce le rôle d'un médecin généraliste de dire au patient d'aller faire de l'activité physique ?

M8 : A partir du moment où c'est sa santé qui est en jeu et que sa santé est mise en péril par son mode de vie, bien sûr que oui. Maintenant faut pas aller dire à son patient il ne faut pas aller sauter en parachute parce que c'est dangereux. Ou arrête de rouler en moto... C'est des adultes, ils sont assez grands pour se débrouiller. C'est faire intrusion dans la vie des gens. Parfois quand tu vois que ton patient mange des frites tous les jours et qu'il a un BMI à plus de 34... Alors là oui à la limite c'est non-assistance à personne en danger si on ne fait rien. Si lui il ne voit pas clair, tu dois quand même lui dire et bien écoute tu es en train de foutre ta vie en l'air et le feu à la maison, fais attention. Après tu peux aussi envoyer les gens chez des spécialistes, ça m'est déjà arrivé. Pour faire des examens complémentaires. On n'est pas seul en médecine générale. Et puis même si un patient le prend mal, il ira peut-être voir un autre médecin, moi je ne vois pas le souci. Je n'irai pas contre mes principes moraux.

F.P : Je vais me permettre de clôturer maintenant j'ai déjà pris de votre temps suffisamment et d'ailleurs je vous en remercie car on a un peu dépassé de ce qui était prévu. Je n'hésiterais pas à revenir vers vous pour la suite des résultats.

M8 : ça va bien merci

F.P : Merci à vous surtout.

Annexe 10 - Retranscription d'entretien – Médecin 9

Données sociodémographiques : Homme, en maison médicale, tranche d'âge : 30-45ans, Tournai intramuros

Identification des participants à l'entretien :

M9 = Médecin 9

FP = Floriane Prevost (Chercheur)

FP : D'abord pour vous, la définition que vous donneriez d'un patient sédentaire ?

M9 : ... pour moi la définition d'un patient sédentaire ça serait... un patient qui ne fait pas d'activités physiques régulières, c'est-à-dire qui n'est pas inscrit à un sport collectif ou dans une salle de fitness ou quoi tu vois. Qui ne fait pas son jogging ... hebdomadaire ou tu vois ce que je veux dire ?

FP : Oui oui je vois ce que vous voulez dire...

M9 : Et si tu veux un petit peu un truc plus... une définition un peu plus quantitative ce serait quelqu'un qui fait moins d'une heure d'activité physique par semaine quoi...

FP : Et pour détecter vos patients sédentaires utilisez-vous par exemple un questionnaire de détection ?

M9 : Non connaît pas.

FP : D'accord. Est-ce que vous aviez une idée ou une connaissance des recommandations de bonne pratique concernant l'activité physique ? Ou des recommandations de l'OMS par exemple ?

M9 : Honnêtement non... [longue hésitation] Ah attends...je crois que je connais les recommandations pour les obèses. C'est genre 2x, il recommande au moins de faire 2x30minutes plus autre chose en plus mais je ne sais plus ce que c'est... Voilà je crois que c'était ça à peu près au minimum par semaine. Voilà ça c'est pour les personnes obèses, pour les personnes classiques j' imagine que c'est ça aussi.

FP : Les recommandations sont basées sur différentes tranches d'âge. Pour les enfants, pour les adultes... Je ne vais pas les citer là maintenant de suite pour ne pas influencer la suite de notre entretien. Si vous aviez quand même des conseils à donner, quels conseils donnez-vous à vos patients sédentaires ?

M9 : [Moment de réflexion] Moi si je vois qu'il y a un problème de syndrome métabolique ou quoi à vue d'œil comme ça tu vois, je demanderais aux patients s'ils font une activité physique régulière et en général je pense qu'ils me répondent que non tu vois. Je dirais que c'est vraiment important d'en faire une parce qu'à côté des mesures hygiéno-diététiques, si tu ne fais pas d'activités physiques le bénéfice il n'est pas si bon que ça. J'insisterais sur l'importance de l'activité physique régulière. Beaucoup aussi chez mes patients qui sont jeunes et qui sont obèses... Mais par exemple tu vois chez mes patients qui sont juste en surpoids honnêtement j'ai peur d'aborder trop la question de peur de les froisser...

FP : Cela fait partie d'un des freins que vous vous mettez à ne pas leur parler d'activité physique si je résume bien ?

M9 : Oui pas trop en parler pour ne pas les vexer et puis moi on est rarement venu me voir avec une plainte comme quoi « ah bien je suis sédentaire, je ne fais rien... ». Donc, si on aborde le sujet de l'activité physique, je souligne l'importance d'une activité physique régulière mais enfin moi-même j'aborde peu et spontanément ce sujet sauf quand il y a des cas d'obésité avérée.

FP : Auriez-vous un profil type de patient à qui vous pourriez conseiller plus facilement de l'activité physique ? Vous me parliez notamment déjà de vos patients obèses...

M9 : Aux diabétiques... Souvent le fait que leur diabète pourra aller mieux avec une activité physique régulière. Mais parfois ils sont même étonnés, parce qu'ils croient même que, allez ceux qui ne sont pas suivi en diabétologie parfois ils croient même que c'est contre-indiqué de faire une activité physique en cas de diabète alors que pas du tout.

Enfin surtout les patients obèses.

C'est lié après tout aussi, en général quand je vois qu'il y a des problèmes de dyslipidémies avec un LDL-cholestérol vachement élevé ou quoi là je peux en parler aussi d'activité physique et voilà c'est à peu près tout.

FP : Très intéressant, j'ai relevé un élément dans votre réponse qui m'intéresse, la « fausse croyance » du patient concernant son état de santé et de sa peur que l'activité physique n'entraîne un effet négatif finalement sur sa santé. Auriez-vous d'autres exemples à me partager de patients dans ce cas-là ?

M9 : honnêtement je ne pense pas parce que la plupart des gens savent quand même que c'est essentiel de faire une activité physique. A mon avis il y a certaines personnes qui ne sont pas au courant que certains sports sont compliqués pour leurs articulations ou des trucs comme ça... mais en général je ne rentre rarement dans ces détails-là. Si quelqu'un fait déjà une activité physique c'est déjà bien comme ça on vit déjà dans une population assez sédentaire. Je ne rentre pas dans ces détails-là avec eux. Je ne vois pas d'autres fausses croyances par rapport à l'activité physique. La grosse majorité des gens sont déjà conscients que c'est bon pour la santé, qu'ils aient entendus ça dans des campagnes publicitaires ou qui le savent déjà.

FP : Concernant la fréquence de conseils que vous voudriez donner dans l'idéal pour une semaine-type ou sur un mois ?

M9 : ... au moins 2 fois par semaine donc 8 fois par mois. Je me réfère à un truc sur les obèses dans un module Excellensis en fait. Je me souviens que c'était 2x 30minutes minimum plus autre chose en supplément je me souviens plus ce que c'est... Donc voilà je dis ça... Un truc que moi je faisais aussi en médecine scolaire c'est que j'insistais que cela soit une activité physique régulière et par régulière je trouve que la meilleure manière d'adhérer à ça c'est de faire un sport où t'es obligé d'aller toutes les semaines parce que tu joues avec ton équipe de basket, de handball, de football peu importe tu vois... Ou t'as cours de tennis même si t'es tout seul t'as cours de tennis voilà tous les mercredis après-midi alors que moi il y a pleins de gens qui me disent « oui on va aller chez basic fit » et au final ils vont y aller une fois par mois tu vois. Et ça ce n'est pas le top quoi...

FP : Si je résume l'idée principale, vous me parliez au départ de fréquence d'activité physique par semaine ?

M9 : Objectif une fois par semaine... ou en général la fréquence je leur dirais minimum deux fois par semaine et de privilégier une activité physique mais qui soit régulière vraiment j'insisterais bien toujours là-dessus quoi, qu'elle soit régulière.

FP : Comment pourriez- vous les sensibiliser et les motiver ? Les motiver à tenir sur la longueur ?

M9 : On fait une prise de sang ensuite pour vérifier tu vois.

FP : Quels sont les effets médicaux que vous aimeriez voir être modifier ?

M9 : Souvent ce sont plutôt les trucs de dyslipidémies ou même de glycémie ou quoi. Ou d'hémoglobine glyquée pour le diabète. Pour les diabétiques pardon. En même temps on motive d'avoir quelque chose d'objectif dans lequel se baser et en même temps permettre un petit peu la pression... mais de la pression positive quoi tu vois. Et s'ils reviennent quelques mois plus tard qu'ils m'ont dit qu'au final ils n'ont pas été « genre » aussi actifs qu'ils auraient voulu du coup je ne les blâme pas et je repousse un petit peu l'échéance de la prise de sang.

FP : ... Alors un feedback positif pour ces patients...

M9 : oui via un examen complémentaire biologique ou un BMI

FP : Quelles sont les activités physiques que vous auriez tendance à conseiller ? Puisque l'on a déjà parler de fréquence et de motivations... par quels moyens y arriver ?

M9 : pour être, allez, en général comme je te disais tantôt, je ne veux pas rentrer pas trop dans les détails de quels sports faire. Plutôt de juste de faire une activité physique quelle qu'elle soit c'est déjà le top... Mais si par exemple je sais que ça va être quelqu'un qui est bourré d'arthrose ou quoi je vais plus conseiller de la natation comme ça il y a déjà moins... enfin il n'y a pas de choc il y a moins de pesanteur etc. Mais sinon c'est plus de faire une activité physique quelle qu'elle soit et pas plutôt de... Et pour être tout à fait honnête avec toi je le dirais oralement aux patients mais jamais vraiment prescrire du sport... de prescrire sur ordonnance...

FP : Cela faisait partie justement d'une de mes questions est-ce que finalement ce serait une aide utile d'avoir un cadre administratif en soutien au conseil d'activité physique ?

M9 : je pense que oui ce cadre serait vraiment utile d'autant plus s'il est pris en compte par l'INAMI. Si tu prescris du sport avec un coach sportif et qu'au final le patient il doit payer ses 50euros pour 1 heure, là que tu mets une fréquence de 2x/semaine ça lui fait 400 euros par mois. Il n'y a pas tout le monde qui va se le permettre et ça va présenter un frein pour pas mal de patients aussi. Si c'est remboursé les gens vont toujours ça plus facilement... Je ne sais pas si l'INAMI rembourse ça, c'est quelque chose que j'ignore

FP : En tout cas, il existe déjà une part limitée des mutuelles et puis c'est « mutuelle-dépendante ».

M9 : Je pense que cela pourrait être chouette que si on progressait là-dessus. Parce que justement tu vois quelque chose qui est connue que l'activité physique, même pour les personnes en bonne santé est quelque chose de très bien pour les maintenir en bonne santé. Et que ceux qui ont des pathologies ça a toujours une influence positive même dans les pathologies cancéreuses. Du coup je trouve que ça devrait être beaucoup plus pris en charge par l'INAMI plutôt que de rembourser à chaque fois des médicaments, des médicaments et des médicaments, même pour des gens qui ne bougent pas. Alors qu'au final il y aurait un bénéfice je suis sûr énorme si les gens faisaient un peu plus de sports

FP : ... exactement... L'inactivité physique est devenue un des premières causes modifiables chez nos patients sans passer par des médicaments pour faire du bien à nos patients. La sédentarité est un gros facteur de mortalité dans le monde...

M9 : D'où le fait que voilà c'est vraiment primordial de s'en occuper et de promouvoir l'activité physique

FP : le numérique a-t-il sa place dans l'aide au conseil du patient ? (Montres connectées, site internet, applications) ?

M9 : Non je t'avoue que non, pas trop fan. Mais dans mon entourage il y a plein de mes amis qui font de plus en plus de running et qui justement ont des montres connectées ou qui mesurent leur temps de parcours. Après ils affichent ça sur les réseaux sociaux et tout. J'ai l'impression que c'est quand même quelque chose qui nous motive... Donc ça pourrait être... A mon sens c'est un motivateur. Je n'ai jamais dit à un patient ben « achetez une montre pour vous motiver » quoi tu vois. Je pense que ça peut être chouette et si le patient le désire il peut même ramener sa montre connectée avec ses paramètres enregistrés et tout

FP : oui pour vous permettre un feedback sur leur activité physique ?

M9 : oui, tant que le patient l'accepte et qu'il ne voit pas que c'est un truc pour le « fliquer » tu vois.

FP : oui d'éviter les « cette semaine-ci je vois que vous avez moins bouger » ou vous n'avez pas fait autant ?

M9 : oui non non que du renforcement positif. S'ils ont bien fait. Et jamais de renforcement négatif.

FP : Un peu plus personnellement sur votre propre pratique sportive, est-ce que vous pratiquez une activité physique régulière ?

M9 : oui, moi je pratique de l'activité physique mais là plus trop depuis 2 mois... à cause du fait que là il y a tout qui est fermé. Tous les clubs de sports, tout est fermé à cause du covid donc j'aime pas trop en faire à domicile. Mais sinon oui j'en fais surtout un peu de fitness, et avant j'ai fait du foot pendant longtemps notamment du foot en salle. L'année dernière je faisais ça 1x/semaine pendant 2 heures. Voilà dans mon monde idéal en tout cas j'en fais 3 à 4 fois par semaine 1heure. Mais plus depuis 2 mois quoi...

FP : De faire vous-même du sport, ça vous aide lors de vos conseils aux patients ?

M9 : je pense que oui parce que quelqu'un qui est pas du tout sportif déjà il ne s'y connaît pas du tout donc il va moins avoir tendance à conseiller de sport si de lui-même il en fait pas. Après moi ça peut m'aider mais je ne suis pas non plus un spécialiste du sport. Je suis passionné de sport.

FP : Ressentez-vous le besoin d'une formation ou d'une information spécifique ?

M9 : Oui d'office. Pas forcément d'un très gros truc mais d'office quelque chose pour passer les messages clés déjà de manière objective. Pour qu'on ait tous le même discours en tant que médecins et allez qu'on sache utiliser des chiffres qui sont parlants pour le patient

FP : Sous quel format voulez-vous informer vos patients ?

M9 : Moi je les informerais plutôt en consultation de vive voix. Je n'enverrais pas quoi je ne sais pas, je ne pense pas que d'envoyer un courrier à tous mes patients. L'utilisation d'un flyer où il est précisé justement les quantités d'activités physiques qui sont recommandées par l'OMS en fonction des tranches d'âge et du niveau d'intensité à fournir, cela pourrait être intéressant que ça y figure. Peut-être justement une information essentielle dont on a parlé tantôt que c'est un des premiers facteurs influençables sur lequel on peut avoir un rôle notamment pour prévenir des maladies cardio-vasculaires. Et puis après je ne sais pas deux-trois petites choses un peu plus techniques allez dont on

se doute mais que l'on ne sait pas forcément pour... allez dire juste que l'activité physique c'est bon pour la santé juste préciser pourquoi tu vois et les techniques de mise en place.

FP : Je pense que l'on arrive au bout du questionnaire, d'autres remarques ?

M9 : Non là justement je te disais que l'INAMI peut mieux rembourser ça pour moi c'est ce qui motiverait le plus les gens qui en ont besoin. Et puis après que nous médecins on ait vraiment les recommandations formelles dans quelles populations prioriser le sport sur ordonnance. Parce que vu que c'est bon pour tout le monde, on ne va pas prescrire à tout le monde non plus quoi tu vois parce que je crois que là ça deviendrait bien trop onéreux et si on prescrit juste aux personnes qui en ont le plus besoin... donc à mon sens les obèses, les diabètes etc. ça pourrait vraiment faire qu'au final de grosses économies en terme de santé publique même s'il faut investir à ce moment-là il y aurait beaucoup moins de comorbidités que ceux qui ont juste des traitements médicaments et qui ne font aucune activité physique.

FP : Super super, un tout grand merci

M9 : merci à toi

Annexe 11 – Test d’autoévaluation d’état d’activité physique

Ricci et Gagnon

Ce questionnaire d’auto-évaluation vous permet de déterminer votre profil : inactif, actif ou très actif.

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

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

RESULTATS :

Moins de 18 : Inactif

Entre 18 et 35 : Actif

Plus de 35 : Très actif

D'après le questionnaire de Ricci et Gagnon, université de Montréal, modifié par Laureyns et Séné