



HAL
open science

Patients à haut risque cardiovasculaire et activité physique : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients habitant la métropole Nice Côte d'Azur

Soizic Fabry Chabanne

► **To cite this version:**

Soizic Fabry Chabanne. Patients à haut risque cardiovasculaire et activité physique : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients habitant la métropole Nice Côte d'Azur. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932226

HAL Id: hal-01932226

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932226v1>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2017

FACULTE DE MÉDECINE
N° 9971

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Soizic FABRY CHABANNE

le vendredi 13 octobre 2017

PATIENTS À HAUT RISQUE CARDIOVASCULAIRE ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

**ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS AUPRÈS DE
PATIENTS HABITANT LA MÉTROPOLE NICE CÔTE D'AZUR**

Examineurs :

Président : M. le Professeur Bruno CHENUÉL

Juges : M. le Professeur Jean-Luc OLIVIER

M. le Docteur Mathias POUSSEL

M. le Docteur Cédric BERBÉ

M. le Docteur Thierry FARGE (directeur de thèse)

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2017

FACULTE DE MÉDECINE
N° 9971

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Soizic FABRY CHABANNE

le vendredi 13 octobre 2017

PATIENTS À HAUT RISQUE CARDIOVASCULAIRE ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS AUPRÈS DE PATIENTS HABITANT LA MÉTROPOLE NICE CÔTE D'AZUR

Examineurs :

Président : M. le Professeur Bruno CHENUÉL

Juges : M. le Professeur Jean-Luc OLIVIER

M. le Docteur Mathias POUSSEL

M. le Docteur Cédric BERBÉ

M. le Docteur Thierry FARGE (directeur de thèse)



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Pr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI
Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER
Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU
Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL
- Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS -
Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD
Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD -
Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====
PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS
Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

REMERCIEMENTS

Au Président du jury,

Monsieur le Professeur Bruno CHENUÉL,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et je vous en remercie. Je vous suis reconnaissante de l'intérêt pour ce sujet, dont vous avez fait preuve dès le départ.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Luc OLIVIER

Vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse et je vous en remercie. Veuillez recevoir mes sentiments les plus respectueux.

Monsieur le Docteur Mathias POUSSEL

Vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse et je vous en remercie. Soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Cédric BERBÉ

Merci pour tous tes encouragements et tes précieux conseils. Ma pratique médicale sort enrichie de ces mois de stage et de remplacements dans les Vosges.

À mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Thierry FARGE,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail en toute amitié et de m'avoir fait confiance. Sans ton aide et ton soutien à distance, ce travail n'aurait pu voir le jour. C'est avec grand regret que je soutiendrai en ton absence.

À Sylvain. La médecine s'est imposée dans ta vie, au moment où tu as croisé la mienne. Aujourd'hui, nous franchissons les étapes ensemble pour mon plus grand bonheur.

À Marius, pour m'avoir soutenue à ta façon et illuminé mes journées de travail de ton sourire radieux.

À ma famille, et plus particulièrement mes parents. Je vous remercie infiniment pour ces années de soutien indéfectible, dans les peines comme les moments heureux, tels que les connaît le cursus médical.

Je sais que, là-haut aussi, vous serez fiers de votre « apprentie docteur » devenue enfin grande.

À ma belle-famille, qui a su m'apporter sa confiance et sa bienveillance. Je suis très heureuse de pouvoir compter sur vous.

À mes amis bretons et lorrains. Merci pour votre soutien sans faille et votre présence à mes côtés.

Aux confrères, qui m'ont confortée dans ma vocation et m'ont accompagnée dans ma formation, en Bretagne et en Lorraine. Je suis fière de vous accompagner dans cette voie.

Aux patients azuréens, qui ont accepté de se porter volontaires pour cette étude. Sans leur accueil généreux et leur aide précieuse, mes projets d'installation libérale n'auraient pu voir le jour.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	17
1. CONTEXTE	17
2. LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE	18
2.1. Facteurs de risque	18
2.2. Scores prédictifs	19
3. L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	20
3.1. Définitions	20
3.2. Niveaux d'activité physique	20
3.3. Recommandations actuelles	21
4. HYPOTHESE ET OBJECTIFS	22
MATÉRIELS ET MÉTHODES	23
1. TYPE D'ÉTUDE	23
2. POPULATION D'ÉTUDE	23
3. RECRUTEMENT DE LA POPULATION	24
4. GUIDE D'ENTRETIEN	25
4.1. Caractéristiques des patients	25
4.2. Détails du guide d'entretien	25
4.3. Recueil des données	27
4.4. Analyse des données	27
RÉSULTATS	29
1. RECUEIL DES DONNÉES ET ANALYSE	29
1.1. Entretiens	29
1.2. Caractéristiques des sources	29
1.3. Codage et analyse	29
2. ÉVALUATION INDIVIDUELLE DE LA PRATIQUE PHYSIQUE	29
2.1. Activité physique	29

2.2.	Inactivité physique et sédentarité	31
3.	CONNAISSANCE DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE	32
3.1.	Facteurs de risque cardiovasculaires cités.....	32
3.2.	Méconnaissance du risque cardiovasculaire	33
3.3.	Minimisation du risque cardiovasculaire	33
3.4.	Le patient « expert »	34
4.	PRÉVENTION CARDIOVASCULAIRE.....	36
4.1.	Information délivrée	36
4.2.	Réactions des patients	40
5.	ÉTUDE DE COMPORTEMENT.....	42
5.1.	Motivations	42
5.2.	Freins.....	45
	DISCUSSION.....	49
1.	CRITIQUE DE L'ÉTUDE	49
1.1.	Caractéristiques de l'investigateur	49
1.2.	Conception de l'étude.....	50
1.3.	Analyse des données.....	51
2.	DISCUSSION DES RESULTATS	51
2.1.	Activité physique.....	51
2.2.	Connaissance du risque cardiovasculaire	52
2.3.	Prévention cardiovasculaire.....	53
2.4.	Déterminants de la pratique physique	55
3.	PERSPECTIVES	56
	CONCLUSION.....	57
	BIBLIOGRAPHIE	59
	ANNEXES	61
	ANNEXE 1 : DOCUMENT D'INFORMATION MEDECIN POUR L'INCLUSION	61
	ANNEXE 2 : DOCUMENT D'INFORMATION PRÉALABLE POUR LES PATIENTS.....	62
	ANNEXE 3 : DOCUMENT D'INFORMATION DÉFINITIVE POUR LE PATIENT	63

ANNEXE 4 : CONSENTEMENT À L'ETUDE	64
ANNEXE 5 : CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS INTERROGÉS	65
ANNEXE 6 : GRILLE DE CODAGE NVIVO.....	66
ANNEXE 7 : EXTRAIT DU LOGICIEL NVIVO : CODAGE DU NOEUD « PATIENT EXPERT »	67

ABRÉVIATIONS

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, alimentation, environnement, travail

AP : Activité Physique

HDL : High Density Lipoprotein

LDL : Low Density Lipoprotein

MET : Metabolic Equivalent Task (dépense énergétique au repos)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

SCORE : Systematic Coronary Risk Evaluation

UKPDS : United Kingdom Prospective Diabetes Study

INTRODUCTION

1. CONTEXTE

L'évolution de l'activité physique est intimement liée à celle de notre société. Dans les pays industrialisés, on constate un abandon progressif de la dépense physique dans le cadre professionnel comme dans la vie courante. Cette sédentarisation contribue à priver une majorité d'individus de la sollicitation physique nécessaire à leur santé.

Avec 3,2 millions de décès attribuables, la sédentarité est aujourd'hui considérée comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde (1).

En outre, l'inactivité physique est l'un des principaux déterminants de maladies chroniques comme les pathologies cardiovasculaires, le diabète, l'hypertension et certains cancers.

L'impact individuel et collectif aujourd'hui ne peut plus être négligé : diminution de l'espérance de vie, développement d'incapacités et augmentation des dépenses de santé.

« Bouger » est ainsi devenu une priorité de santé publique, aussi bien sur le plan national (PNNS révisé en 2016 pour l'activité physique (2), prescription d'activité physique pour les patients en affection de longue durée en 2017 (3)) que sur le plan mondial (recommandations de l'OMS parues en 2010 (1)).

S'il est admis, pour la plupart, que l'activité physique régulière est bonne pour la santé, notamment dans le domaine de la prévention cardiovasculaire qui nous intéresse, cette relation s'avère individuellement complexe, mais aussi dans la prévention de certains cancers (colon, sein), des formes de démences dégénératives. Âge, sexe, état psychologique, santé physique, situation économique ne sont que quelques exemples qui conditionnent notre pratique physique au quotidien.

2. LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE

2.1. Facteurs de risque

On en distingue deux catégories :

Tout d'abord, les facteurs non modifiables, qui comprennent :

- L'âge (homme > 50 ans, femme > 60 ans) ;
- Le sexe masculin, compte tenu de la mortalité cardiovasculaire des hommes 3 à 4 fois supérieure à celle des femmes avant 65 ans ;
- Un antécédent familial, au premier degré, d'infarctus du myocarde ou de mort subite (homme < 55 ans, femme < 65 ans). Même si la transmission génétique de facteurs de risque modifiables peut le justifier, la seule présence d'un environnement familial défavorable explique souvent cette prédisposition (4)

Et, les facteurs modifiables :

L'étude mondiale INTERHEART (4), réalisée en 2004, conclue que 9 facteurs expliquent 90% des cas d'infarctus du myocarde, quelque soit le sexe ou la tranche d'âge.

6 facteurs de risque :

- Un niveau élevé de LDL-cholestérol ou un taux de HDL-cholestérol $\leq 0,40$ g/L (un taux de HDL-cholestérol $\geq 0,60$ g/L étant, a contrario, protecteur) ;
- Le tabagisme, actif ou passif, responsable de 73 000 décès annuels dont un quart d'origine cardiovasculaire ;

Ces deux premiers facteurs sont, par ordre de citation, les facteurs de risque les plus importants pour la maladie coronaire.

- L'hypertension artérielle ;
- Le diabète sucré, principalement de type 2 ;
- Le surpoids, ou obésité, de répartition abdominale (périmètre abdominal ≥ 80 cm pour une femme, ≥ 94 cm pour un homme) ;
- Les facteurs psychosociaux (stress domestique ou professionnel, difficultés économiques, évènement éprouvant), difficilement évaluables en pratique, et, par conséquent, parfois non pris en compte dans le calcul du risque.

3 facteurs protecteurs :

- La consommation de fruits et légumes ;
- L'activité physique ;
- La consommation modérée d'alcool, néanmoins discutée (5)

2.2. Scores prédictifs

Les facteurs de risque précédemment cités se potentialisent entre eux. Il est donc utile de déterminer plus précisément le risque cardiovasculaire, ou probabilité de survenue d'un évènement cardiovasculaire à 10 ans en prévention primaire. Celui-ci peut être calculé par l'intermédiaire des scores suivants :

- Le score de Framingham (2008 (6)) distinguant 3 niveaux de risque :
 - < 10% : risque cardiovasculaire bas
 - Entre 10 et 20% : risque cardiovasculaire modéré
 - > 20% : haut risque cardiovasculaire
- Le risque SCORE, d'usage recommandé en France (7), pour les patients de 40 à 65 ans non diabétiques. Il permet de distinguer 4 catégories de risque :
 - > 15% : très haut risque cardiovasculaire
 - Entre 5 et 10% ou présence de facteurs de risque majeurs (hypercholestérolémie familiale, HTA sévère) : haut risque cardiovasculaire
 - Entre 1 et 5% : risque cardiovasculaire modéré
 - < 1% : bas risque cardiovasculaire

Le pourcentage de sujets considérés à haut risque cardiovasculaire par SCORE est donc bien supérieur à celui obtenu avec l'équation de Framingham.

Et pour les pays anglo-saxons :

- Le Score QRISK3 (mai 2017) (8), utilisable de 40 à 74 ans, prenant en compte pas moins de vingt et un facteurs de risque ;
- Et le Score UKPDS, pour les diabétiques de type 2, entre 25 et 65 ans.

Ces deux derniers scores, plus complexes compte-tenu des nombreux facteurs pris en compte (pas moins de 21 pour le QRISK3) ne peuvent être détaillés par de simples abaques.

3. L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

3.1. Définitions

- L'OMS définit *l'activité physique* comme « tout mouvement corporel produit par les muscles, qui requiert une dépense d'énergie » (1).

L'activité physique ne comprend donc pas que le sport, mais aussi les mouvements réalisés en se déplaçant, jouant, travaillant, pratiquant un loisir ou accomplissant des tâches ménagères. Dans le langage courant, on parle d'activité physique lors d'un effort physique aboutissant à une élévation des fréquences cardiaque et respiratoire.

- *L'inactivité physique* est définie comme une pratique insuffisante d'activité physique modérée à intense.
- *La sédentarité* est définie par une situation d'éveil où la dépense énergétique est faible, que l'on soit assis ou allongé.

3.2. Niveaux d'activité physique

L'intensité de l'activité physique correspond à l'énergie déployée par une personne pour pratiquer cette activité. Elle est donc variable d'une personne à l'autre, en fonction de son expérience antérieure et de son niveau de forme physique.

Elle est quantifiée en Metabolic Equivalent Task (MET), soit la dépense énergétique au repos. Plus concrètement, 1 MET est égal à l'énergie dépensée au repos, soit une consommation de 3,5mL d'O₂ par kilogramme de poids corporel par minute (environ 1 kilocalorie par kilogramme et par heure).

Les activités physiques peuvent donc être classées en 5 catégories en fonction de leur intensité (2):

- sédentarité (< 1,6 MET) ;
- activité de faible intensité (1,6 MET – 3 MET) ;
- activité d'intensité modérée (3 MET – 6 MET) ;
- activité d'intensité élevée (6-9 MET) ;
- activité d'intensité très élevée (≥ 9 MET).

3.3. Recommandations actuelles

Les recommandations de l'ANSES (2) parues en 2016 distinguent deux tranches d'âge.

- Pour les individus de 18 à 64 ans :
 - 30 minutes d'une activité physique d'intensité modérée à intense, développant l'aptitude cardio-respiratoire, au minimum 5 jours par semaine, en évitant de rester deux jours d'affilée sans activité. En cas de pratique prolongée (45 à 60 minutes, au minimum 5 jours par semaine), un bénéfice supplémentaire sur la santé est acquis.

Tableau 1 : Exemples d'AP sollicitant l'aptitude cardio-respiratoire (d'après (2))

Intensité	Retentissement	Vie quotidienne	Loisirs
Modérée	Essoufflement modéré Conversation possible Transpiration modérée Elévation modérée de la fréquence cardiaque	Marche à 5 - 6,5km/h Montée d'escaliers à vitesse lente	Nage Vélo à 15 km/h
Intense	Essoufflement marqué Conversation difficile Transpiration abondante Elévation marquée de la fréquence cardiaque	Marche > 6,5km/h Montée d'escaliers à vitesse rapide	Course à pied Vélo > 20 km/h

- Des activités de renforcement musculaire des membres, 1 à 2 fois par semaine, qui peuvent être intégrées à la vie quotidienne,
- Des exercices d'assouplissement et de mobilité articulaire (étirements) 2 à 3 fois par semaine.

Concernant la sédentarité, l'ANSES recommande de réduire la période en station assise. De plus, il est préconisé d'entrecouper les longues périodes passées en position assise ou allongée, toutes les 1H30 à 2 heures, de 3 à 5 minutes de marche avec mobilisation musculaire.

- *Pour les individus de 65 ans et plus à mobilité réduite*, en plus des recommandations ci-dessus, une activité physique pour améliorer l'équilibre et prévenir les chutes est préconisée, au moins 3 fois par semaine.

4. HYPOTHESE ET OBJECTIFS

Nous nous sommes intéressés aux particularités individuelles à travers notre étude qualitative.

Conscients que le médecin généraliste a un rôle central à jouer dans cette prévention, nous sommes allés à la rencontre de patients considérés « à risque » pour étudier leur mode de vie, leurs représentations de l'activité physique et du risque cardiovasculaire, leurs connaissances.

Nous considérons que seule une information efficace qu'elle soit collective, par les actions de santé publique, ou individuelle (8) peut aboutir à la modification des pratiques.

But de la recherche :

Nous voulons étudier l'activité physique chez les patients à haut risque cardiovasculaire dans la région niçoise.

Question de recherche :

Quelles représentations ont les patients à haut risque cardiovasculaire de la région niçoise de l'activité physique en termes de santé ?

Hypothèse :

Les patients à haut risque cardiovasculaire, sensibilisés en matière de prévention primaire, connaissent les bénéfices de l'activité physique sur leur état de santé.

Objectif principal :

Explorer les pratiques physiques et les représentations de la prévention cardiovasculaire chez les patients à haut risque cardiovasculaire.

Objectif secondaire :

Déterminer les freins et motivations à la pratique d'une activité physique chez les patients à haut risque cardiovasculaire.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. TYPE D'ÉTUDE

Nous avons choisi d'aborder ce sujet par la méthode qualitative puisqu'elle permettait de recueillir les connaissances et les opinions des personnes interrogées, sur les sujets qui nous intéressaient : l'activité physique et le risque cardiovasculaire.

La méthodologie qualitative était particulièrement adaptée à notre problématique puisqu'elle permettait de recueillir l'opinion des patients et leurs connaissances, en étudiant leurs fondements.

Dans cette étude, nous avons décidé de réaliser des entretiens semi-dirigés, qui permettaient d'avoir des échanges libres et ouverts avec les patients interrogés, autour des thèmes abordés par notre problématique.

2. POPULATION D'ÉTUDE

La population d'étude répondait aux critères d'inclusion suivants :

- sujets majeurs,
- présentant au moins trois facteurs de risque cardiovasculaire parmi les suivants :
 - hypertension artérielle
 - diabète sucré
 - dyslipidémie
 - obésité
 - tabagisme
 - âge (homme \geq 50 ans, femme \geq 60 ans)
 - antécédent familial de coronaropathie ou de mort subite précoce (homme $<$ 55 ans, femme $<$ 65 ans)
- en situation de prévention primaire, c'est-à-dire n'ayant pas extériorisé de symptômes ni de complications cardiovasculaires.
- résidant sur le territoire de la métropole Nice Côte d'Azur

Ont été exclus les patients présentant des troubles cognitifs avérés, qui n'auraient pu se prêter de façon fiable à cet interrogatoire.

Nous avons interrogé des patients résidant aussi bien en zone urbaine que semi-rurale pour tenir compte des différents modes de vie liés au mode d'habitation. Nous avons choisi indifféremment, hommes et femmes, actifs et retraités, afin de rencontrer des profils aux connaissances et pratiques divers.

3. RECRUTEMENT DE LA POPULATION

Les participants ont été recrutés de deux façons.

Premièrement, nous avons contacté par téléphone, courriers postaux et électroniques, des médecins généralistes installés dans la métropole Nice Côte d'Azur. Leur rôle était de recruter dans leur patientèle, à l'occasion d'une consultation, des personnes volontaires et répondant aux critères d'inclusion. Il était laissé à la disposition de nos confrères deux documents :

- Une feuille d'information leur rappelant le thème de notre travail, la nature de l'étude et les critères d'inclusion (Annexe 1)
- Une feuille d'information à destination des patients volontaires, pour expliquer le but de l'étude (Annexe 2)

Deuxièmement, nous avons recruté, nous-mêmes, des patients volontaires par l'intermédiaire de la base de données d'un centre de prévention. Ces personnes avaient toutes bénéficié l'année précédente d'un bilan médical et d'un bilan mnésique proposés par leur caisse de retraite complémentaire. Nous les avons contactées par téléphone afin de savoir si elles acceptaient de se porter volontaires.

Dans les deux cas, avant l'entretien, les patients étaient informés de façon orale ou écrite, que notre sujet portait sur l'activité physique. Nous n'avons pas abordé le risque cardiovasculaire en amont de ceux-ci. Nous n'avons jamais précisé les critères d'inclusion avant la fin des entretiens.

L'effectif a été dicté par la survenue de la saturation des données.

4. GUIDE D'ENTRETIEN

4.1. Caractéristiques des patients

Pour chaque entretien et patient interrogé, l'enquêteur a recueilli son sexe, son âge, son lieu de résidence, les personnes vivant au domicile. Leurs facteurs de risque cardiovasculaire avaient été recueillis en amont, soit grâce à leur médecin traitant, soit grâce à leur dossier du centre de prévention.

4.2. Détails du guide d'entretien

Le guide d'entretien était organisé en trois parties :

- La première partie explorait les habitudes de vie du patient interrogé en matière d'activité physique. S'intéresser à leur mode de vie permettait ainsi à l'enquêteur d'entrer dans le vif du sujet, sans faire appel aux connaissances du patient interrogé en matière de santé et de prévention.

Description de l'activité physique

Amorce : Parlez-moi de l'activité physique dans votre vie quotidienne...

Relances :

- Qu'en est/était-il dans votre activité professionnelle ? (actif/retraité)
- Dans votre activité domestique (à l'intérieur et à l'extérieur de votre logement) ?
- Dans vos loisirs ?
- Quels sont les modes de déplacement que vous utilisez régulièrement ?

- La deuxième partie étudiait les connaissances du patient sur les facteurs de risque cardiovasculaire, en abordant d'abord le cas général, puis leur cas personnel. La question du traitement chronique était abordée afin de confirmer ou d'infirmer la réponse à la question précédente.

Les Facteurs de risque cardiovasculaire

Amorce : Avez-vous déjà entendu parler de facteurs de risque cardiovasculaire ?

Qu'est-ce que cela signifie pour vous ?

En cas de signification erronée : Les facteurs de risque cardiovasculaire ce sont des choses qui augmentent le risque de faire un infarctus ou un accident vasculaire cérébral par exemple.

Lesquels pourriez-vous me citer ?

Cas particulier :

Pensez-vous avoir des facteurs de risque cardiovasculaire ? Lesquels ?

Parlez-moi des traitements que vous prenez. S'il y en a, lesquels diminuent votre risque cardiovasculaire ?

- La troisième partie explorait leurs sources d'information sur la prévention cardiovasculaire et leurs conséquences, qu'elle soit d'origine médicale, médiatique ou familiale.

L'information sur la prévention cardiovasculaire : sources et impacts

Avez-vous déjà bénéficié d'informations concernant les facteurs de risque cardiovasculaire ? Lesquelles ? Par quel biais ?

En avez-vous tenu compte ? Pourquoi ?

Quelles sont vos motivations ? Vos freins ?

Bénéficiez-vous d'encouragements ? Dans quel domaine ?

4.3. Recueil des données

Environnement

Nous avons privilégié, comme lieu d'entretien, le domicile des patients. Dans un cas, à la demande de la personne interrogée, nous nous sommes rendus sur son lieu de travail. Les conditions requises étaient : leur disponibilité pendant 30 à 45 minutes, la réduction autant que possible des interventions par les personnes extérieures et une ambiance sonore calme pour permettre l'enregistrement par un dictaphone.

Cadre contractuel de la communication

Avant chaque entretien, l'enquêteur informait l'interrogé du sujet de l'étude. Des informations concernant la méthodologie de l'enquête qualitative étaient également données. Le consentement oral du participant était recueilli pour l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation des données retranscrites.

À la fin de chaque entretien, l'enquêteur laissait à l'interrogé une fiche d'information (Annexe 3) et recueillait son consentement (Annexe 4) écrit définitif. Des coordonnées étaient laissées à sa disposition afin de répondre à ses questions éventuelles ou lui permettre de se retirer de l'étude.

Interventions de l'enquêteur

Au cours des entretiens, l'enquêteur a adopté une attitude d'écoute attentive avec respect des silences. Il a essayé d'intervenir le moins possible, pour reformuler des termes employés, recentrer la discussion sur le sujet ou poser des questions plus précises sur le sujet spontanément abordé par le participant.

4.4. Analyse des données

Retranscription

Les entretiens ont été retranscrits par l'enquêteur sur le logiciel Word, sans reformulation, ni correction. Les noms des personnes ont été anonymisés. Des mentions ont été rajoutées entre parenthèses pour rendre compte des signes, rires ou expressions des patients interrogés.

Codage

Après retranscription, les entretiens ont été importés dans un dossier créé à partir du logiciel *Nvivo 10*. Son utilisation nous a permis, après l'étude longitudinale de chaque entretien destinée à faire ressortir les thèmes principaux, de les croiser de façon transversale en regroupant les idées dans des « nœuds ».

Triangulation de l'analyse.

Afin de s'affranchir d'une limite d'interprétation, une triangulation a été réalisée avec le directeur de notre étude, et ce pour deux entretiens tirés au sort (1 et 6). Ainsi, cela permettait de vérifier que la manière de coder de l'enquêteur était juste, et qu'aucune verbatim n'avait été oubliée.

RÉSULTATS

1. RECUEIL DES DONNÉES ET ANALYSE

1.1. Entretiens

Dix-huit entretiens ont été réalisés entre les mois de mars et de mai 2017. Les entretiens ont duré en moyenne 27 minutes (entre 18 et 35 minutes). Une entrevue a eu lieu sur le lieu de travail de la personne interrogée ; les autres, au domicile des patients. La totalité de la retranscription des entretiens est disponible sur le support informatique joint à ce travail.

1.2. Caractéristiques des sources

Les caractéristiques des patients interrogés étaient les suivantes :

- 8 hommes et 10 femmes
- Âgés en moyenne de 68 ans (de 52 à 83 ans)
- Présentant en moyenne 3,8 facteurs de risque cardiovasculaire (de 3 à 6)
- Résidant en milieu urbain (14 personnes, vivant toutes en appartement) et semi-rural (4 personnes dont 3 habitant en maison particulière)
- 10 personnes ont été recrutées par des médecins généralistes et 8 par l'investigateur au sein du centre de prévention.

Les caractéristiques des personnes interrogées ont été regroupées dans un tableau en fin de manuscrit (Annexe 5).

1.3. Codage et analyse

L'analyse des entretiens a permis d'aboutir à une grille de codage présentée en annexe (Annexe 6). L'annexe suivante (Annexe 7) contient un extrait de citations pour un même nœud.

2. ÉVALUATION INDIVIDUELLE DE LA PRATIQUE PHYSIQUE

2.1. Activité physique

2.1.1. Pratiquée actuellement

L'activité physique actuellement pratiquée par les patients interrogés a été résumée dans le tableau suivant.

Tableau 2 : Récapitulatif de l'activité physique actuelle des patients interrogés

PATIENT	ACTIVITÉ(S) PHYSIQUE(S)	DURÉE	FRÉQUENCE
1	marche à pied	non précisée	non précisée
2	marche à pied course à pied/agility	30 - 90 min non précisée	6 fois/jour non précisée
3	marche à pied	non précisée	non quotidienne
4	marche à pied activité professionnelle (ménage)	non précisée non précisée	occasionnelle, sans précision 5 jours/7 (hors arrêt de travail)
5	aucune		
6	marche à pied course à pied cyclisme gymnastique douce et cardio natation	2 h 45 - 60 min (> 20 km) 1 h non précisée	1 - 2 fois/semaine 1 fois/semaine non précisée 2 fois/semaine non précisée (seulement en été)
7	marche à pied	non précisée	"un maximum"
8	marche à pied	10 min	3 fois par jour
9	marche à pied natation jardinage	non précisée non précisée non précisée	"souvent", "pas tous les jours" (pendant 1 mois et demi l'été) (pendant 1 mois et demi l'été)
10	jardinage marche à pied	2 - 3 h	3 fois par semaine
11	marche à pied	30 - 45 min	tous les jours
12	marche à pied	2 - 3 h	tous les jours en été, "moins en hiver"
13	activité professionnelle (facteur) bricolage activité associative	non précisée non précisée non précisée	non précisée non précisée 1 fois/mois, "surtout au printemps"
14	marche à pied	non précisée	2 fois/jour, 4 - 5 fois/semaine
15	activité professionnelle (manutention) football marche à pied (rallyes automobiles)	7 h par jour 30 min "des km parfois"	(5 jours/7) occasionnellement le dimanche
16	ménage marche à pied	non précisée 1700 m environ	6 jours/7
17	marche à pied petit ménage gymnastique douce	avant et après le bus non précisée non précisée	2 fois/semaine non précisée 1 fois/semaine
18	marche à pied vélo d'appartement muscultation (haltères) aquagym	45 - 60 min non précisée non précisée 1 h	tous les jours 3 fois/semaine non précisée 1 fois/semaine

17 patients ont déclaré pratiquer au moins une activité physique.

Les personnes interrogées ont rapporté pratiquer en moyenne 2 types différents d'activité physique (de 0 à 5).

Sur la base de ces déclarations (17 personnes), on peut en déduire que :

- 3 patients respectent de façon certaine les recommandations de l'ANSES (P6, P10, P18).
- 9 patients (P1, P3, P7, P8, P11, P12, P14, P16, P17) ne les respectent pas soit de façon qualitative (renforcement musculaire et assouplissements manquants), soit de façon quantitative (durée ou fréquence de l'activité physique insuffisante).
- On ne peut conclure avec certitude pour les 5 patients restants (P2, P4, P9, P13, P15), mais leur activité physique semble se rapprocher des préconisations.

2.1.2. Pratiquée antérieurement

12 patients disent avoir pratiqué davantage d'activité physique auparavant.

Ils ont expliqué cette activité plus soutenue par :

- leur activité professionnelle antérieure (P11, P12, P13, P14, P16) : « *Quand j'étais à l'armée, on en faisait beaucoup. Je peux vous dire beaucoup ! Parce que tous les matins déjà, on se tapait entre 10 et 20 kilomètres.* » ; « *avant, je faisais du bâtiment, donc artisan, donc beaucoup plus d'activité physique* » ;
- les déplacements pour se rendre au travail (P1) : « *j'allais souvent travailler à pied* » ;
- l'effet de groupe (P1) : « *Avec les copines de l'aéroport, on allait à Vaugrenier et on marchait beaucoup.* » ;
- leur âge (P16) : « *J'en faisais plus avant mais, avec l'âge, ça devient compliqué.* » ;
- l'absence de pathologie invalidante (P4, P7) : « *à l'heure actuelle, je fais pas grand-chose bien sûr, parce que, comme je suis en arrêt de travail...* » ; « *J'ai eu un détachement de tendon et j'ai été hospitalisée. [...] Et, j'ai fait une phlébite et actuellement je suis sous anticoagulant. Donc, je ne fais pas grand-chose physiquement.* » ;
- l'absence de parent à charge (P5, P8) : « *Actuellement, je ne fais plus rien. Comme j'ai ma mère en fin de vie, c'est très difficile... et ça fait deux mois que j'ai tout arrêté.* », « *Parce que je ne peux plus rien faire ! Il veut plus rien faire. Déjà, il veut plus sortir. Tout dépend de lui de toute façon.* » ;
- aucune raison particulière (P3).

2.2. Inactivité physique et sédentarité

Une patiente (P5) a spontanément déclaré ne pratiquer actuellement aucune activité physique (tableau 2).

Onze patients au total (P1, P2, P3, P5, P7, P11, P13, P14, P15, P16, P17) ont évoqué l'inactivité ou la sédentarité au cours de leur entretien :

Pour leur mode de vie antérieur à la retraite (P2, P11, P17)

P2	« <i>Tout le temps en voiture. »</i>
P11	« <i>... il y avait pas beaucoup de... A part rester assis et conduire le camion, voilà... L'activité physique, il n'y en avait pas tellement... »</i>
P17	« <i>... au travail, alors là, j'étais souvent assise. »</i>

Ou pour leur mode de vie actuel.

P3	« <i>Je marche pas, j'aime pas marcher... »</i>
P5	« <i>... je suis assise toute la journée. Je suis assise du matin huit heures, jusqu'au soir six heures et demie. »</i>
P7	« <i>... je ne fais pas grand-chose physiquement. »</i>
P11	« <i>... la plupart du temps, quand ma voisine elle vient, je suis assis là, devant l'ordinateur... »</i>
P14	« <i>... l'après-midi je fais travailler l'esprit. Je joue aux cartes, et après, je regarde les jeux de boules. »</i>
P15	« <i>... je suis sur un chariot élévateur, la plupart du temps... »</i>
P16	« <i>Dimanche, c'est jour de repos complet. »</i>
P17	« <i>Au quotidien, non, je ne sors pas tous les jours. »</i>

Une patiente (P1) n'évoque pas son activité physique mais sa capacité à bouger.

P1	« <i>... je tourne beaucoup dans la maison... »</i> « <i>... je peux crapahuter sans problème... »</i> « <i>... je me sens... pas prise dans un piège style « mémère »... »</i>
-----------	---

3. CONNAISSANCE DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE

3.1. Facteurs de risque cardiovasculaires cités

Tous les patients interrogés en ont cité : En moyenne 3,7 facteurs de risque cardiovasculaire par entretien (de 1 à 7).

Ont été évoqués par ordre décroissant de fréquence :

- Une alimentation déséquilibrée pour 11 personnes (P2, P4, P6, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15, P18),
- L'hypertension artérielle pour 10 personnes (P5, P8, P9, P10, P12, P13, P14, P15, P16, P18),
- Le tabagisme pour 8 personnes (P1, P2, P3, P6, P9, P12, P13, P14),
- L'hérédité pour 8 personnes (P5, P6, P7, P9, 12, P13, P17, P18),
- La consommation excessive d'alcool pour 7 personnes (P1, P2, P6, P9, P13, P14, P18),
- Le diabète pour 6 personnes (P5, P7, P11, P12, P13, P16),
- Le surpoids pour 6 personnes (P4, P8, P11, P13, P16, P17),
- La sédentarité pour 6 personnes (P4, P5, P6, P10, P17, P18),
- Et enfin l'hypercholestérolémie pour 5 personnes (P5, P7, P12, P16, P18).

3.2. Méconnaissance du risque cardiovasculaire

Parmi les propositions de facteurs de risque cardiovasculaire qui nous ont été faites, on retrouve aussi :

- Le sport à outrance ou les efforts brutaux (P11) : « *Des efforts trop brusques.* » ;
- Les infections bactériennes (P1) : « *Les rhumatismes ! Articulaires... Je crois hein ? Les angines, infections dentaires...* »
- La polymédication (P13) : « *... la prise inconsidérée de médicaments...* »
- Le célibat (P15) : « *Je suis célibataire, c'est aussi peut-être...* »

3.3. Minimisation du risque cardiovasculaire

Plusieurs patients nous ont signifié ne pas s'inquiéter à propos du risque cardiovasculaire pour plusieurs raisons :

- Argument 1 : Le risque cardiovasculaire concerne une grande partie voire toute la population, d'autant plus qu'elle est âgée.

P10 « *Ah ben, tout le monde en a, surtout à mon âge !* »

- Argument 2 : Le déséquilibre (glycémique, lipidique) n'est pas majeur ; le risque cardiovasculaire qui en découle n'est donc pas significatif.

P12 « *Il est pas élevé ! C'est pas... trop grave.* »
« *Si j'aurais trois grammes, je me serais fait... j'aurais commencé à faire attention.* »

P13	<p>« Et le cholestérol aussi, mais...c'est moins flagrant pour moi. »</p> <p>« Je pense que je suis plus dans la zone à risque de tension et de diabète que de cholestérol, puisque j'en ai pas (sous traitement) sur mes analyses. »</p>
------------	---

- Argument 3 : L'état de santé actuel dépend uniquement de l'hygiène de vie sur laquelle on peut intervenir.

P12	<p>« Un peu de sucre élevé. C'est profiter de la vie. »</p> <p>« ... mais moi, ça va encore, parce que c'est pas une maladie héréditaire. »</p> <p>« Le sucre, il n'y a que moi. C'est par abus. C'est comme il y a plein de mecs dans la famille et il y en a un gros. Non, c'est profiter de la vie, c'est bien vivre. »</p>
P13	<p>« ... l'hypertension c'est la conséquence de... du reste : du poids, du stress. »</p>

- Argument 4 : On ne peut pas lutter contre la prédisposition familiale (au surpoids).

P12	<p>« Mais je suis large d'épaules, j'y peux rien. On est tous costauds dans la famille. On est programmés tous larges. »</p>
------------	--

3.4. Le patient « expert »

Trois patients (P6, P17, P18) déclarent connaître leur pathologie et la marche à suivre pour améliorer leur état de santé.

P6	<p>« Dans le diabète, je vous cache pas qu'il y a le tabouret avec : les médicaments, l'activité physique et... l'alimentation. Donc, il faut faire une association des trois pour réguler le diabète. »</p>
P17	<p>« Alors que je sais pertinemment que, si j'avais des kilos en moins, je souffrirais certainement moins. Aussi bien pour l'arthrose, que pour le dos, les lombaires, et caetera. »</p>
P18	<p>« Je mangeais pas trop gras, pas trop sucré, donc ça doit être un peu génétique. C'était pas grave, c'est pas monté jusqu'à 7 (% d'hémoglobine glyquée). Non, c'était pas grave. »</p> <p>« Alors, ce serait lui (COZAAR) la tension et le LIPANTHYL, pour le cholestérol, un petit peu. Evidemment, ça suffit pas. Il faut réduire le sucre dans l'alimentation. Plus l'exercice physique ! Mais, je me suis dit, le jour où je ne peux plus, je suis foutue ! Parce que l'exercice physique, il y fait beaucoup. »</p>

Une patiente (P18) dit avoir essayé de faire cautionner son mode de vie par son médecin généraliste et avoir pris l'initiative de consulter lors d'un déséquilibre.

P18	<p><i>« Je suis à cinquante-six kilos. Il y a quelques mois je faisais cinquante-huit. Je suis partie à Aix, j'avais pris un kilo, je faisais cinquante-sept. Mais c'est rien ! Parce que, là-bas, je faisais le tour du parc, je tournais en rond. Il y avait la cure à faire, je pouvais pas faire grand-chose. Et moi, j'ai dit au Dr S. : « Vous savez comment je me débrouille ? ». Il me dit : « Non. De toute façon, vous n'êtes pas grosse. – Mais je me débrouille, je bouge ! »</i></p> <p><i>« Je suis peut-être pas instruite, je m'instruis toute seule. [...] Je me suis noté ma glycémie qui monte, qui descend. 1.22, 1.21, 1.19, 1.09, 1.29, 1.08... Après, je me suis dit : « C'est pas normal. » Alors, je suis allée voir Dr B., qui est diabétologue. »</i></p>
------------	--

Un patient (P6) déclare partager ses connaissances avec son épouse.

P6	<p><i>« Ah mon épouse ! Oui c'est elle qui fait la nourriture. Là, je lui rapporte des trucs de Pertinax, donc je lui dis tu sais que ça c'est comme ça, ça c'est comme ça, il faut faire attention à ça. Voilà, je lui apprends certains trucs. »</i></p>
-----------	--

Deux patients (P6, P13) sont consultés par rapport à leurs connaissances pour améliorer la santé des autres.

P6	<p><i>« Mon frère, il me questionne, il me demande si ça va, tout ça, donc voilà. Il me pose des questions sur le traitement, sur la nourriture, pas mal de trucs. A l'occasion, on ne se voit pas souvent donc...Mais comme il est pas confronté à ce genre de truc, il sait pas trop... »</i></p> <p><i>« ...quand je leur ai dit : « Vous savez, c'est grâce à ce que je fais, à ma marche, tout ça. », ils étaient quand même étonnés. »</i></p>
P13	<p><i>«... on en discute beaucoup avec les enfants. Même énormément, je pense. Enfin, je me trompe peut-être... La façon de manger, la façon de se nourrir, pourquoi on mange ça, pourquoi on mange pas ça. En général, quand on mange ou quand on a fait à manger, on dit pourquoi... Ou des fois, on les réprimande : « Tu manges trop de ça, ou tu manges trop de ça. Ça va te rendre malade. » »</i></p> <p><i>« ... on leur explique pourquoi il faut manger des légumes... »</i></p>

4. PRÉVENTION CARDIOVASCULAIRE

4.1. Information délivrée

➤ Sources

○ Médias

Neuf patients (P4, P5, P7, P8, P9, P10, P12, P13, P14) ont évoqué la télévision comme vecteur d'information médicale.

Trois d'entre eux déclarent notamment regarder des programmes à teneur médicale (P5, P9, P12) :

P5	« <i>J'aime bien regarder les émissions médicales.</i> »
P9	« <i>Je suis, tous les midis, après les informations sur la 5, l'émission médicale.</i> »

Sept patients ont parlé de l'information véhiculée par la presse écrite (P5, P7, P9, P10, P13, P16, P17).

P5	« <i>Je suis abonnée à des revues médicales.</i> » « <i>Pas spécialisées médecins... Top santé, Santé naturelle, toutes ces petites revues médicales comme ça.</i> »
P7	« <i>... je vais une après-midi complète à la bibliothèque. Je consulte les hebdomadaires, je lis les magazines, je vois ce qui m'intéresse, je les demande et je lis ce qui m'intéresse.</i> »
P10	« <i>... les journaux.</i> »
P13	« <i>...je lis les trucs des gosses... Science et vie junior.</i> »
P16	« <i>Top santé, tous ces livres médicaux.</i> »
P17	« <i>... ou, des fois, sur des journaux comme « au fil des ans ».</i> « <i>Au fil des ans</i> », c'est la revue de Pro-BTP. »

Pour une patiente, cette information s'est organisée via l'initiative d'un professionnel de santé, qui lui a remis un magazine.

P9	« <i>... ma pharmacienne, elle m'a donné un truc très très bien là encore, aujourd'hui.</i> <i>Ça s'appelle « Pharma le mag ».</i> « <i>Oui oui, je l'ai eue ce matin, j'ai pas encore pu tout lire. On donne des informations...</i> »
-----------	---

Cinq personnes ont parlé d'internet (P9, P13, P16, P17, P18). La facilité d'accès à l'information par ce biais a été mise en avant par un patient.

P13	<i>« Sinon, je vais sur Internet, c'est plus facile. »</i>
------------	--

Un patient (P14) a déclaré avoir accès à de l'information médicale par une chronique radiophonique de prévention.

P14	<i>« j'écoute le fameux docteur... Comment il s'appelle ? Michel ? Il est connu ce docteur... »</i> <i>« Il passe tous les matins sur RTL. »</i>
------------	---

Une patiente (P18) a déclaré se fier aux livres traitant de la santé et du bien-être.

P18	<i>« Alors, si vous regardez ma bibliothèque, il y a que sur la santé. Il y a que sur la santé ! Regardez tout ce que j'ai acheté ! Que sur la santé ! Rien que pour le diabète, j'ai : un, deux, trois, quatre. L'arthrose, j'en ai deux. »</i>
------------	--

○ Proches

Un patient déclare avoir bénéficié du partage d'expérience au sein de sa famille.

P10	<i>« Mon père, il a eu un infarctus. Il m'en a parlé... »</i>
------------	---

Deux patients disent être surveillés au niveau de leur mode de vie et de leur observance médicamenteuse par des membres de leur famille (P10, P16).

P10	<i>« - Vous me disiez qu'il arrivait à vos filles de vous donner des conseils... - Oui, elles surveillent, elles m'engueulent. »</i>
------------	--

P16	<i>« Suis bien ton traitement. Fais bien ça, fais bien ça. »</i>
------------	--

Cinq patients ont évoqué les encouragements réguliers de leurs proches, concernant l'activité physique.

P8	<i>« Mon fils, lui, il m'encouragerait. Il me dit : « Maman, vous faites pas assez de choses. » Lui, il voudrait qu'on s'aère beaucoup plus, qu'on marche... »</i>
P11	<i>« ...ma voisine elle est sportive alors elle me dit : « Faut marcher ! Faut sortir ! »</i> <i>« - Vous m'avez parlé de votre épouse, qu'est-ce qu'elle vous dit ?</i> <i>- « Sors ! Viens un peu plus avec moi en ville, promener. » (rires) Elle aimerait bien que je la sorte, mais je la sors jamais. (rires) »</i>

P14	« Eh oui, ma femme ! Elle me dit : « Sors ! ». Et les amis. Enfin, je m'en plains pas. »
P15	« Mon père me disait : « Va à vélo ! » « quand je lui dis que j'ai envie d'aller faire du vélo, elle me pousse à y aller. Elle me dit : « Ben, vas-y ! ». Par ce que des fois, je suis pas décidé... »
P17	« ... mon fils et ma belle fille. Ils sont tout le temps, tout le temps, en train de me dire : « Maman, il faut que tu marches ! » »

Les trois patients (P2, P7, P17) ayant de l'entourage travaillant dans le milieu médical ou paramédical ont déclaré avoir bénéficié d'informations sur leur mode de vie ou leur santé par leur biais.

P2	« J'ai ma belle-fille [...] elle, elle est infirmière et des fois elle me dit : « il faut pas prendre ça » mais bon .. - Donc elle essaye de vous donner des conseils ? - Elle essaye de m'en donner mais j'ai tout ce qu'il faut. Après, elle me donne d'autres conseils [...] -Et vous en avez tenu compte ? -Oui. Maintenant, j'achète beaucoup de fruits. »
P7	« ... le médecin traitant, c'est mon petit cousin. Donc il est après moi. Quand je grossis, il hurle après moi... Je dis ça mais je suis bien contente de l'avoir. »
P17	« ...même mon gendre qui est médecin généraliste dans l'arrière-pays - : « M. , il faut maigrir. Ne restez pas comme ça. » Je l'écoute pas ; j'ai pas envie. »

o Soignants et programmes de santé publique

Parmi les soignants diffusant des conseils sur l'hygiène de vie et la prévention, les patients ont cité :

- leur médecin généraliste (P2, P3, P5, P6, P7, P10, P12, P14, P16, P17, P18) ;
- les médecins spécialistes (cardiologue [P1, P5, P9, P14, P16], gastro-entérologue [P2], endocrinologue [P5], cancérologue [P5], rhumatologue [P14], chirurgien orthopédique [P18]) ;
- les médecins de prévention (P3, P6) ;
- et les paramédicaux (P3, P5).

P2	« - Donc, pour résumer, il y a deux personnes qui vous donnent des conseils : votre belle-fille, qui est dans le paramédical, et les docteurs ? - Plus les docteurs quand même. »
-----------	--

P3	<i>« Les infirmières, elles me soignent tous les jours pour les jambes. Dès que ça va pas, elle me disent... »</i>
P5	<i>« - Qui est-ce qui vous le dit ? - La cardiologue, l'endocrino et le cancérologue. »</i>
P6	<i>« - Du coup, avec le médecin traitant, vous discutez de votre mode de vie ? Oui, elle me donne des conseils sur la nourriture. »</i>
P16	<i>« Ben, par tous les docteurs. Le cardiologue, quand j'y vais, il m'en parle... »</i>

Deux patients (P16, P18) ont déclaré que le rôle de leurs médecins est de les informer et de répondre à leurs interrogations sur leur santé.

P16	<i>« Vous savez qu'un médecin il est là pour vous écouter quand même. Il est là pour vous écouter, pour répondre à vos envies. »</i>
P18	<i>« ... mon docteur, il m'explique. Moi, quand je vais voir le docteur, c'est pas comme au magasin. Je vais pour me soigner, je demande. Le docteur, pour ça, elle est stricte, elle explique. Je donne ça, je donne ça... » « ... ce docteur-là, il regarde il dit : « C'est ça. C'est bon, c'est bon. » Il faisait la lettre de remerciement au Dr R et puis voilà. »</i>

Deux patients (P4, P11) ont déclaré recevoir des fiches de prévention par l'intermédiaire d'un programme d'éducation thérapeutique.

P11	<i>« Comment ça s'appelle le journal que je reçois ? Ah, Sophia. Je sais pas si vous avez entendu ? Eux, ils m'en envoient. Je sais pas si c'est une fois par mois ou... Ils m'envoient tout un programme avec dessus des choses qui sont bons, des choses qui sont pas bons... »</i>
------------	---

➤ Messages de prévention

Les personnes interrogées ont déclaré avoir reçu de l'information médicale sur les thèmes suivants :

- Le risque cardiovasculaire en général (P5, P7, P16) : *« Il me demandait de faire attention. Il me disait de faire attention : « Rappelle-toi que nous avons des gènes. Rappelle-toi que nous avons des trucs. » ;*

- L'équilibre alimentaire (P1, P2, P3, P5, P6, P7, P9, P12, P14, P18) : « *Après, elle me donne d'autres conseils, c'est : de manger beaucoup de fruits, de manger plus sainement.* » ;
- Les risques liés au surpoids (P1, P2, P4, P5, P11, P17) : « *il faut maigrir. Ne restez pas comme ça.* » ;
- L'activité physique (P3, P5, P6, P7, P12, P14, P16, P17, P18) : « *même les seniors doivent avoir une activité physique pour éviter les infarctus, pour éviter les problèmes cardiaques.* » ;
- L'intérêt du sevrage tabagique (P3) : « *Je fumais trois paquets de trente (cigarettes). Là, j'ai diminué. D'habitude, je fumais un paquet. Là, dix maximum depuis qu'il m'a dit : « Tu vas au caisson ».* » ;
- Et la prise en charge globale du diabète (P4, P6, P11) : « *Sophia. Je sais pas si vous avez entendu ? Eux, ils m'en envoient. Je sais pas si c'est une fois par mois ou... Ils m'envoient tout un programme...* ».

4.2. Réactions des patients

Un patient (P6) a exprimé sa **satisfaction** de participer à des cours d'éducation thérapeutique.

P6	« <i>... je pense que c'était bien, ça m'a permis de réapprendre certains trucs que j'avais oubliés et j'étais satisfait d'y aller. Au début, j'étais un petit peu réticent... Mais après j'étais content d'y aller. C'était vachement intéressant.</i> »
-----------	---

Quatre patients avouent **se méfier** des informations auxquelles ils ont accès : deux (P2, P9) des informations véhiculées par les médias, et deux autres (P12, P16) des recommandations de santé et des conseils de leurs médecins.

P2	« <i>... vous lisez un truc ils vous les disent d'une manière. Un autre article ou à la télé, ils vont vous le dire différemment.</i> »
P9	« <i>Et puis je vais sur internet. Il y a plein de problèmes dans la famille, alors on s'interroge. Des fois, c'est pas bien alors...</i> - <i>Pourquoi c'est pas bien ?</i> - <i>Parce qu'on dit : il faut pas toujours croire ce qu'ils disent, mais on le fait quand même.</i> »
P12	« <i>Maintenant, les nouvelles normes qu'ils ont mis, pour ce qui est cholestérol et sucre, c'est une foutaise. C'est pour faire vendre des médicaments.</i> » « <i>Ça sert à quoi, vous perdez cinq litres d'eau, dix litres d'eau ? Vous rentrez chez vous, vous buvez un verre, vous les reprenez. Ça sert à rien !</i> »

P16	<p>« Je devrais pas, mais on est tous pareils ! Moi, si on me donne un médicament, je regarde tout de suite la composition, ce que ça peut faire comme... truc, parce qu'il y a quand même de la contre-indication dans un médicament. Regardez l'ibuprofène, ils le mettent pas, mais au bout d'un moment ça fait monter la tension ! [...] il me dit : « C'est peut-être un problème de tension que vous avez. » Effectivement, Dr O., il m'a dit : « Faut pas trop en prendre. ». Je lui ai dit : « C'est vous qui m'avez donné le traitement, l'ibuprofène ! » Mais il m'a dit : « N'en prenez pas trop parce que ça a tendance, certains médicaments, à faire monter (la tension). ». Mais ça, si on le lit pas, on le sait pas. »</p> <p>« Je vérifie. On est tous pareils je pense. »</p>
------------	--

Pour cinq patients (P1, P2, P11, P12, P18), s'informer sur son état de santé ou celui de ses proches, c'est prendre **peur**.

P1	<p>« j'ai l'impression d'avoir tout ce dont ils parlent. »</p> <p>« Oui ça m'angoisse plus qu'autre chose donc j'ai un très bon toubib. »</p>
P2	<p>« Inquiet quand même (rire), Un peu inquiet. J'ai quand même 67 ans bientôt 68 donc il faut quand même que je fasse attention. »</p> <p>« Je vois l'attaque de mon beau-frère aussi, on avait un peu le meme train de vie. »</p>
P11	<p>« Je vous avoue, ça m'a foutu une claque. Ça m'a foutu vraiment plus qu'une claque, parce que là... du jour au lendemain... Moi, je pensais que j'allais rester paralysé toute ma vie. Et j'étais déjà marié. Et ma femme le savait pas... »</p>
P12	<p>« Maintenant, moi j'en connais, mes propres amis, ils vont pas au docteur, de peur que, le médecin, il trouve quelque chose. »</p>

Deux personnes (P6, P12) ne se disent tout simplement **pas intéressées** par l'information médicale.

P6	<p>« ... c'est pas que ça me fait peur mais ça m'intéresse pas (rires). C'est malheureux mais je suis suffisamment occupé... »</p>
P12	<p>« Souvent, c'est des excès, c'est des gens qui fument trop, tout ça. Ça me concerne pas. »</p>

Des patients ont affirmé **manquer d'information** médicale.

➤ 1^{ère} explication : Les médecins manquent de temps

P12	<p>« ... il vous demande les antécédents, un peu familial, et c'est tout. Vous savez, maintenant, ils sont tellement surbookés qu'ils travaillent plus. »</p>
------------	---

	<i>« Parce que, je critique pas mon généraliste, il est comme tous les généralistes : il a pas le temps. Donc, je suis obligée. »</i>
P18	<i>« Si je suivais le généraliste, je ne sais pas ce qu'il faut arrêter. Il y a en a qui disent ça c'est pas bon, ils vont trouver autre chose. Il faut trier. Alors donc, moi je me renseigne toute seule, et je me débrouille. »</i>

➤ 2^{ème} explication : L'information donnée ne correspond pas à l'attente du patient.

P18	<i>« Quand je suis allée le voir la dernière fois, il m'a dit : « ça va très bien. Tout est normal. C'est tout. Je vous revois dans six mois. ». Rien d'autre. Il m'a pas dit : « Allez faire du sport ! ». Il m'a filé un régime que je connais par cœur. »</i>
------------	--

➤ 3^{ème} explication : Les patients disent que les médecins les connaissent déjà ; le sujet n'est donc pas abordé.

P6	<i>« Avec lui, on n'en discute pas. Je lui dis ce que je fais. Ça lui paraît... raisonnable, on va dire. »</i>
P15	<i>« Pas vraiment, non. Enfin, Dr R. (médecin traitant) me connaît suffisamment je pense, depuis le temps. »</i>

➤ 4^{ème} explication : Les patients affirment que le médecin leur a déjà dit, mais qu'à force, il ne le fait plus.

P4	<i>« Au début, pour le poids, il me disait, mais, maintenant, il me dit simplement... Non, il me dit pas. »</i>
-----------	---

5. ÉTUDE DE COMPORTEMENT

5.1. Motivations

➤ Versant prévention

12 patients (P3, P5, P6, P7, P9, P10, P12, P13, P14, P16, P17, P18) ont évoqué le **bénéfice pour leur santé** comme incitation à pratiquer une activité physique.

P5	<i>« ... comme je devais avoir une intervention très lourde, il fallait absolument que je perde du poids. »</i>
P6	<i>« ... ça m'a aidé, si vous voulez, à baisser un peu la dose des médicaments... »</i>

P7	« ... c'est bon par rapport à tout. Je dors mieux, je me sens mieux... »
P10	« ... Ça fait du bien aux jambes. »
P12	« Je pars du principe, j'ai travaillé quarante-cinq ans, je voudrais profiter au moins trente ans de ma retraite. Au moins, que la sécu me rembourse. » « Ben, fallait que me soigne et puis c'est tout. »
P14	« ... si je reste dans mon coin – des fois, ça m'arrive -, dans six mois vous m'enterrez. Et puis moi j'ai des enfants, j'ai des petits-enfants, des arrière-petits-enfants, et j'espère les voir encore quelques mois, quelques années. Alors, je m'efforce de pas rester « comme un légume », dans un fauteuil. »
P16	« ... il faut bien marcher pour pouvoir un peu que les muscles s'atrophient pas. »
P18	« ...si je bouge pas, je vieillis. »

Un patient (P14) a évoqué le **maintien de l'autonomie**, dans un contexte de handicap visuel.

P14	« - Rester autonome ? - Oui, autonome. Et j'arrive à faire quelques petites commissions. Parce que, quand on va faire les courses avec mon épouse, je situe l'endroit, où ça se trouve. Après, si je vais à Super U, je peux y aller, je sais dans quelle allée c'est. »
-----	---

Une patiente a cité son **activité physique adaptée** (P17).

P17	« Naturellement,, le jeune qui s'occupe de nous, il voit bien que je ne peux pas faire tous les mouvements alors, il me... Il m'a installé une chaise pour certains... Certains comment ? Certains gestes. Alors, il me dit de faire sur la chaise. Et, c'est vrai que, sur la chaise, je peux faire des mouvements.
-----	--

➤ Versant psycho-social

Bouger, c'est l'occasion de cultiver le **lien social** pour 10 personnes interrogées (P1, P2, P4, P6, P7, P9, P11, P15, P16, P17).

P1	« Le matin, on allait marcher puis après on allait travailler. C'était convivial. Les deux allaient vraiment de pair. »
----	---

P7	<i>« ... vous avez des gens, vous contactez du monde, vous discutez, vous sortez avec les uns avec les autres. Il y a un contact qui se fait. Il n'y a pas que l'effort en fait. Il y a le côté... le côté humain, qu'on voit en même temps. »</i>
P15	<i>« ... c'est parce qu'on est au travail. On est, pour ainsi dire, bloqués. On est plusieurs à aimer ça, à en parler tous les jours pratiquement du foot. On est un petit groupe, là, tous passionnés de foot, de sport en général. »</i>
P16	<i>« Vous savez, quand on est seul, c'est pas non plus très gai. Surtout moi, j'aime bien... j'aime bien voir du monde, rompre l'isolement. J'aime bien marcher. »</i>
P17	<i>« ... le fait de bouger, de voir du monde, en même temps. Nous ne sommes pas nombreuses, on est peut-être une douzaine. [...] Ça permet de voir d'autres personnes. »</i>

2 personnes ont parlé de l'activité physique pratiquée lorsqu'on possède un **animal de compagnie** (P2, P9).

P2	<i>« ... l'activité physique, j'en fais beaucoup avec lui (en désignant son chien)... »</i>
P9	<i>« Ça dépend des jours. Je sais qu'on a dit au moins une demi-heure. C'est plus souvent une heure, une heure trois-quarts. Des fois, je m'arrête. [...]. Si je pouvais, j'aurais un petit chien, et je le sortirai. »</i>

4 patients disent faire de l'activité physique **en famille** (P3, P11, P13, P14).

P11	<i>« Là où vraiment je bouge le plus, c'est quand je suis en Bretagne, chez ma petite-fille. Chez ma fille, avec ma petite-fille. On sort, on va s'amuser dans le parc. Là déjà, on bouge beaucoup plus. »</i>
P9	<i>« Les enfants, ils aiment. J'en fait... J'en ai fait un peu avec les enfants. »</i>

7 personnes ont affirmé que faire de l'activité physique leur apporte du **bien-être**, du **plaisir** (P2, P6, P9, P12, P15, P16, P18).

P2	<i>« ... c'est pas une obligation. C'est un plaisir. »</i>
-----------	--

P9	<i>« ... c'est vraiment loisir, le long du bord de mer, le long de la Cagne, c'est ... Ah oui, c'est par plaisir ! »</i>
-----------	--

6 patients disent faire de l'activité physique pour **s'occuper, rompre l'ennui** (P7, P10, P12, P15, P16, P18).

P15	<i>« ... c'est parce qu'on est au travail. On est, pour ainsi dire, bloqués. »</i>
P18	<i>« Pour pas vieillir et puis par ennui. Moi, il faut que je bouge, ... »</i>

➤ Versant environnement

4 patients ont affirmé pratiquer de l'activité physique parce que **l'environnement le permettait** : Une météo favorable, un paysage agréable, l'accessibilité des lieux, ... (P2, P6, P17, P18).

P16	<i>« On fait une activité en extérieur s'il fait beau, bien sûr, c'est ça qui est bien. »</i>
P18	<i>« ... je fais volontiers parce que, en général, je longe le bord de mer... »</i>

3 patients ont cité la **motivation pécuniaire** (P4, P10, P13).

P4	<i>« ... ça nous aide aussi, parce que, si on veut partir en vacances, on a pas de grosses retraites. »</i>
-----------	---

5.2. Freins

➤ Physiques

2 personnes ont cité la **fatigue physique** en lien avec leur âge ou leur activité professionnelle (P1, P15).

P15	<i>« ... je me vois pas partir à vélo après ma journée de travail. Ah non ! Je veux bien en faire le week-end, le matin, parce que moi je préfère y aller le matin, avant les grosses chaleurs, que le soir. Le soir, comment dire ? Le boulot me vide. »</i>
------------	---

7 patients ont dit que leur **mauvais état de santé** était un frein à l'activité physique (P1, P3, P7, P9, P14, P17, P18).

P1	<i>« ... il y a plein de choses que je ne peux pas faire avec ma maladie de cœur. »</i>
-----------	---

2 personnes ont évoqué leur **handicap** (visuel : P14, P17).

P17	« Les lombaires, le dos, les troubles visuels. »
------------	--

L'**âge avancé** a été cité comme facteur limitant pour 3 personnes interrogées (P10, P15, P16).

P15	« J'en faisais plus avant mais, avec l'âge, ça devient compliqué... »
------------	---

2 patients ont abordé le **surpoids** comme un obstacle à l'activité physique (P15, P16).

P15	« ... j'ai des problèmes quoi, on va dire, par rapport au poids. Dès que ça monte, je peux plus... »
------------	--

3 patients ont déclaré avoir réduit leurs activités physiques suite à des **mises en garde médicales** (P1, P9, P11).

P9	« J'ai été opérée trois fois d'une descente d'organes et on me dit que... On me déconseille. »
-----------	--

➤ Psychologiques

1 patient dit que faire **trop de sport peut être nocif** pour sa santé (P12).

P12	« Courir, comme ils font les fous, jusqu'à la dernière limite. Courir trop. Abuser de la course comme ils font. C'est pas recommandé, pas recommandé. Si vous mourez, ça va. Mais si vous faites un AVC et que vous devenez grabataire, que vous êtes un légume, c'est pas la peine. »
------------	--

2 personnes disent être **moins sollicitées** par leurs proches (P1, P13).

P1	« Maintenant ils en font moins. Ils sont plus grands donc ils me demandent plus... »
-----------	--

5 patients parlent de leur **désintérêt** actuel pour la pratique d'une activité physique (P1, P3, P7, P11, P13).

P1	« J'aime pas, j'aime pas faire du sport. J'aime le regarder à la télé (rires). »
-----------	--

3 personnes parlent de leur **absence de culture sportive** dès l'enfance (P1, P4, P7).

P1	<i>« J'ai jamais été sportive, parce qu'au départ, quand j'étais jeune, j'avais fait un petit peu d'asthme. Donc, mes parents sont d'une génération... Mon père : « Tu as de l'asthme. Ne te fatigue pas. Ne cours pas trop. Pas de gymnastique comme tout le monde. » J'ai même pas appris à nager comme tout le monde, parce que j'étais essoufflée ! Moi, je me rappelle, mes frères allaient se baigner et ma mère me disait : « Viens ma chérie, assieds-toi là ! Ton frère va venir. Ne te fatigue surtout pas. Ne te fatigue surtout pas. » »</i>
-----------	--

4 patients disent être **découragés** ou avoir la **flemme** (P1, P5, P7, P10).

P1	<i>« J'ai essayé de m'inscrire dans une salle de sport, ça a été une cata. Je faisais rire tout le monde. Je suis « infoutue » de faire quoi que ce soit. Je ne peux pas lever les bras, tout ça. »</i>
P7	<i>« Il m'arrive d'avoir la flemme d'y aller alors que c'est à la porte ! »</i>

3 personnes évoquent des **affects dépressifs** (P3, P5, P8, P17).

P3	<i>« Le temps que le moral il est pas encore posé, je peux rien faire. »</i>
-----------	--

➤ Environnementaux

5 personnes ont évoqué les **contraintes environnementales** : météo, lieu d'habitation (P1, P2, P11, P13, P14).

P13	<i>« Après, ça se limite beaucoup ici à pied ; il n'y a pas grand-chose. On est un peu éloignés des commerces. »</i>
P14	<i>« ... s'il pleut, qu'il fait mauvais, là, je marche pas. »</i>

2 patients ont évoqué l'**épuiement dû à leur rôle d'aidant** (P5, P8).

P5	<i>« ... c'est exténuant... autant physiquement que moralement. Très, très dur. Il faut s'en occuper... Là, j'ai repris mon travail, c'est mon père qui s'en occupe la journée. Mais la nuit, on se relaie avec mon père ; toutes les heures on la tourne. »</i>
-----------	--

3 patients ont parlé des **freins liés au cours de sport** : pas suffisamment de places, groupes hétérogènes en âge, horaires qui ne conviennent pas (P7, P9, P18).

P7	<i>« ... j'étais la plus âgée. Je me rendais compte que ça m'encourageait pas. »</i>
P9	<i>« J'avais prévu de faire de la gym douce ; il n'y a pas de place. Il n'y a pas de place. L'aquagym, c'est pareil : je m'y suis prise trop tard. Peut-être qu'au mois de janvier il y aura un désistement mais on est nombreux sur liste d'attente. »</i>

2 patients ont dit être limités par leur **situation financière** (P9, P13).

P13	<i>« Ceux qui font les salles de sport ben moi, le frein, c'est le prix. »</i>
------------	--

2 patientes ont cité les **contraintes horaires** liées à leur arrêt de travail ou leur activité professionnelle (P1, P4).

P4	<i>« On a des heures de sortie mais à quatre heures de l'après-midi, où voulez-vous que j'aille ? Moi, j'ai plus envie. J'ai plus envie de sortir à quatre heures et demie. Des fois, je lui dis : « On va marcher ! ». Et puis, quand c'est le moment, ben j'ai plus envie. »</i>
P1	<i>« ... les horaires qui permettaient plus tellement de faire ça. On faisait les trois-huit, on était fatiguées. On se levait à quatre heures et demie le matin. L'après-midi, moi j'avais plus envie d'aller marcher. »</i>

3 personnes ont parlé de leur **activité professionnelle sédentaire**, passée ou actuelle (P5, P7, P17).

P1	<i>« ... j'avais un boulot où j'étais assise toute la journée. Tout au plus, j'allais chercher un client dans la salle d'attente. »</i>
-----------	---

DISCUSSION

1. CRITIQUE DE L'ÉTUDE

1.1. Caractéristiques de l'investigateur

➤ Expérience et entraînement de l'enquêteur

L'enquêteur était novice et inexpérimenté pour la conduite d'une étude qualitative. Il n'a pas bénéficié d'un enseignement théorique préalable dans le cadre de sa formation universitaire. Néanmoins, au fur et à mesure, il a gagné en aisance pour mener les entretiens et intervenir de façon pertinente.

Son manque de connaissance a été contrebalancé par celle du directeur de thèse, qui avait déjà dirigé plusieurs études qualitatives, ainsi que par une recherche bibliographique sur la méthodologie pour ce type d'étude.

L'absence d'entraînement préalable a pu constituer une limite d'influence en conditionnant la réponse des patients. Cette limite a été atténuée par la réalisation d'un guide d'entretien détaillé.

➤ Relation avec les participants

Le recrutement des patients a été indirect pour dix d'entre eux, sélectionnés par les médecins généralistes. Huit patients ont été recrutés directement par l'intermédiaire d'un centre de prévention dans lequel travaillait l'enquêteur. Ils ne le connaissaient donc pas, mais avaient eu affaire à lui lors de la prise de contact téléphonique afin de recueillir leur consentement pour l'entretien. Cette relation a pu être à la fois une limite et une force. En effet, les personnes interrogées connaissaient la fonction de l'enquêteur. Ayant donc reçu récemment des conseils de prévention, ces patients auraient pu être inhibés par la peur de « mal répondre ». Néanmoins, le premier contact téléphonique ayant déjà été réalisé, les patients étaient plus à l'aise.

➤ Caractéristiques de l'enquêteur

Une des limites de notre étude est qu'elle comportait un biais de désirabilité sociale. Les patients inclus savaient qu'ils allaient se faire interroger par un médecin généraliste à propos de l'activité physique. Cette dernière étant régulièrement valorisée par les campagnes de Santé publique et par les médecins en consultation, il est probable que les patients aient cherché à se montrer sous une facette positive en entretien. La plupart d'entre-eux, hors enregistrement, ont d'ailleurs cherché à savoir si leur apport avait été contributif. Un patient (12^{ème} entretien) a régulièrement

cherché l'approbation de l'enquêteur sur ses déclarations ou sa conduite. Ce dernier a néanmoins veillé à rester neutre pour limiter le besoin de valorisation.

➤ Biais d'interprétation de l'enquêteur

L'enquêteur arrivait avec des a priori de médecin sur l'activité physique et ses représentations, qui ont pu orienter les patients dans leurs réponses.

1.2. Conception de l'étude

➤ Constitution de l'échantillon

Dès la réalisation de notre étude, nous nous sommes astreints à ce que l'échantillon soit aussi diversifié que possible. S'agissant d'une étude qualitative, le but n'était pas de le rendre représentatif, mais de recueillir, par la diversité des patients rencontrés, une variété de réponses à nos questions.

Malheureusement, deux limites se sont présentées à nous.

Tout d'abord, le défaut de recrutement par les médecins généralistes eux-mêmes, après trois mois de démarches, nous a conduits à nous tourner vers une population qui avait déjà consulté en centre de prévention. Le centre accueillant en grande majorité des personnes retraitées, les réponses recueillies ont beaucoup abordé la problématique du vieillissement. Mais, du fait que l'âge était retenu comme facteur de risque et donc comme critère d'inclusion, on pouvait de toute façon s'attendre à recruter des patients de plus de 50-60 ans et donc proches de la retraite.

Deuxièmement, les critères géographiques propres à la région niçoise nous ont conduits à recruter des personnes résidant en milieu urbain et semi-rural. La densité médicale et la densité de population étant très fortes sur le littoral, constituant la majeure partie de notre territoire d'étude (la métropole Nice Côte-d'Azur), nous n'avons pu aborder de façon détaillée les caractéristiques propres à la ruralité.

Contrairement aux recommandations de la HAS, nous n'avons pas pu utiliser le risque SCORE pour le recrutement de nos patients dits « à haut risque cardiovasculaire ». Trop laborieux à utiliser en consultation de médecine générale, il aurait compromis notre inclusion, alors même que le taux de retour des médecins généralistes, avec les critères simples que nous avons choisis, était très faible. Avant tout, notre but était de sélectionner des personnes pleinement concernées par le risque cardiovasculaire pour évaluer leurs connaissances à ce sujet et en matière de prévention.

➤ Entretien semi-dirigé

Les entretiens individuels ont permis aux patients de s'exprimer librement sans se soucier de l'image qu'ils auraient pu renvoyer à d'autres participants. Cela aurait pu être le cas si nous avions organisé des groupes focalisés. Ils pouvaient donc s'affranchir de l'image qu'ils voulaient donner d'eux-mêmes et de leur statut social.

➤ Validation de la retranscription

La retranscription n'a pas été retournée aux patients pour vérifier qu'elle correspondait bien à ce qu'ils souhaitaient exprimer. A posteriori, les passages plus personnels, c'est-à-dire les plus fidèles aux représentations des patients, auraient pu être censurés. Les retranscriptions auraient donc perdu en contribution.

1.3. Analyse des données

Nous avons pu bénéficier d'une triangulation pour l'analyse de nos entretiens, par notre directeur de thèse. Deux entretiens tirés au sort (1 et 6) ont donc été étudiés. Cela nous a permis de vérifier que les techniques d'encodage étaient correctes et de limiter le biais d'interprétation. En effet, l'analyse d'un entretien peut parfois faire appel à la subjectivité de l'enquêteur. Le risque de mettre en avant certains points, modifiant ainsi l'interprétation, ou d'oublier des verbatim importants ne peut être négligé.

Toutefois, cette triangulation n'a pu être réalisée pour les seize autres entretiens.

2. DISCUSSION DES RESULTATS

Quelles représentations ont les patients à haut risque cardiovasculaire de la région niçoise de l'activité physique en termes de santé ?

Les résultats de cette étude montrent que la majorité des patients à haut risque cardiovasculaire interrogés ont une vision positive de l'activité physique par rapport à leur santé. Malgré tout, la notion de bénéfice de cette activité physique sur le plan cardiovasculaire reste abstraite et méconnue, faute d'une information régulière et adaptée.

2.1. Activité physique

À une exception près, les patients ont tous déclaré pratiquer une ou plusieurs activité(s) physique(s). Pourtant, il apparaît à l'étude plus fine des résultats que seule une minorité d'entre eux (trois personnes) respecte assurément les recommandations en vigueur. Pour cinq patients en revanche, il est difficile de conclure au vu du peu de précisions données, mais l'activité physique déclarée semble se rapprocher des préconisations.

Ces résultats entrent en discordance avec les statistiques de l'INSEE publiées en 2003 (9) qui montrent que seule 1 personne de plus de 65 ans sur 4 exerce une activité physique ou sportive.

Deux explications peuvent être évoquées :

- le milieu urbain, majoritaire pour notre recherche, plus propice à la pratique d'une activité physique, selon l'INSEE
- et le recrutement d'une population à haut risque cardiovasculaire probablement plus sensibilisée à la prévention.

Dans notre échantillon, les patients ont évoqué quasi-exclusivement des activités de type domestique (ménage, jardinage) et des activités sportives dites « de masse » (marche à pied ou randonnée pédestre, cyclisme, natation, gymnastique). Il s'avère qu'elles ne sont, en fait, pas spécifiques à cette tranche d'âge (10), mais la possibilité de les pratiquer à tous âges de la vie, et leur coût modeste, expliquent l'engouement à leur égard.

Il est intéressant de constater qu'une grande partie des personnes interrogées a déclaré avoir moins d'activité physique qu'auparavant, au moment où nous les avons rencontrées. La raison la plus invoquée a été la cessation ou la modification d'une activité professionnelle sollicitante sur le plan physique. La littérature décrit en effet une tendance des 25 – 50 ans à ne pas pratiquer d'activité sportive sur leur temps libre, en raison du manque de temps, déjà consacré au travail et à la famille, et du manque d'envie(11). L'activité physique dans cette tranche d'âge est donc fréquemment intégrée à l'activité professionnelle, sauf pour les professions traditionnellement sédentaires bien sûr.

Alors que la définition de l'inactivité physique ou de la sédentarité semble assez claire pour les personnes interrogées, nous avons été surpris de constater que la notion d'activité physique est plus floue et a dû plusieurs fois être rappelée. Une patiente a même cherché à nous décrire sa capacité à bouger. Cela montre une méconnaissance du concept de prévention, qui repose sur la pratique effective et non la pratique réalisable.

2.2. Connaissance du risque cardiovasculaire

La plupart des patients ont évoqué avec nous des situations sédentaires. Il nous a semblé parfois déceler dans leur discours une prise de conscience, de la culpabilité. Il apparaît donc que parler de son inactivité physique, peut influencer négativement sur l'image que l'on renvoie de soi.

Malgré tout, l'inactivité ou la sédentarité, n'ont proportionnellement pas autant été perçues par les patients comme un facteur de risque. On aurait pu s'attendre à le retrouver plus fréquemment à l'énumération de ces facteurs, puisque notre étude traitait aussi d'activité physique.

Plus globalement, on peut dire que les patients à haut risque ont déjà entendu parler de risque cardiovasculaire. Tous ont, en effet, été capables de citer un ou plusieurs facteur(s) de risque.

À une exception près, les patients étaient conscients d'avoir un ou plusieurs de ces facteur(s) de risque cardiovasculaire. Lors du 15^{ème} entretien, la personne interrogée nous a cité uniquement le facteur alimentaire sans le rapporter à sa propre façon de se nourrir. Il venait pourtant de signifier la gêne liée à son surpoids, lors des activités physiques.

Il est intéressant de voir que le thème du cholestérol, régulièrement mis en avant dans les médias, et facteur déterminant de la maladie coronaire, a été le facteur de risque le moins évoqué. Il concernait pourtant directement treize personnes interrogées.

À défaut, les facteurs de risque liés à l'hygiène de vie (alimentation, alcool, tabac) ont été fréquemment cités alors que la consommation de tabac, par exemple, ne concernait que deux patients. Effet des médias et des actions de santé publique, peut-être ?

La plupart des patients ayant cité les pathologies à risque (diabète, HTA) en étaient eux-mêmes atteints. Par contre, tous les patients traités pour l'hypertension n'ont pas été en mesure de l'évoquer comme facteur de risque.

Trois patients ont spontanément minimisé ce risque en l'associant à des facteurs indépendants de leur volonté (stress, prédisposition familiale, âge avancé) ou aisément modifiables (équilibre alimentaire). On peut donc se demander si cette réaction est liée à un déni des troubles ou une méconnaissance de leur état de santé.

Dans les études réalisées, il ressort que les patients ont une bonne connaissance des facteurs de risque cardiovasculaire majeurs, sans identifier où se situe le risque pour leur santé personnelle, ni estimer ce risque de façon juste (12). Le terme facteur de risque cardiovasculaire a pu être mal compris dans notre entretien, à l'image de travaux précédents (13).

2.3. Prévention cardiovasculaire

Les patients interrogés ont déclaré bénéficier davantage d'information médicale par les émissions télévisuelles et la presse écrite, que par leurs recherches internet, et loin devant la radio et les livres.

Cette constatation va à l'encontre du constat du baromètre Santé 2014 qui décrit que 68% de français avouent avoir utilisé ce moyen, dans l'année, pour rechercher des informations ou des conseils sur leur santé (14).

Cela peut résulter du fait que nous avons été amenés à rencontrer une population plus âgée que la population générale (68 ans en moyenne) et parfois moins à l'aise avec l'outil numérique.

Le baromètre précise également que, dans l'ensemble, seuls 32% des internautes jugent l'information trouvée sur Internet fiable ; une information d'ailleurs trop peu souvent glanée sur des sites institutionnels, dont la visibilité est moindre.

Concernant l'entourage familial, il ressort que les proches prennent souvent part aux encouragements à pratiquer une activité physique (« ...*ma voisine elle est sportive alors elle me dit : « Faut marcher ! Faut sortir ! »* ») mais s'impliquent plus aléatoirement par ailleurs.

S'ils exercent par contre une profession médicale ou paramédicale, les conseils seront plus diversifiés et personnalisés. Mais, malgré la dimension affective, ces conseils ne sont pas toujours forcément pris en compte : la patiente 17 apprécie d'être surveillée par son gendre généraliste, tout en déclarant ne pas suivre ses conseils en terme de perte de poids.

Le médecin généraliste, lorsqu'il a été cité comme source d'information sur l'activité physique ou le risque cardiovasculaire, a été décrit comme ayant une place centrale. Le patient attend ses conseils (« ... *mon docteur, il m'explique. Moi, quand je vais voir le docteur, c'est pas comme au magasin. Je vais pour me soigner, je demande. Le docteur, pour ça, elle est stricte, elle explique. Je donne ça, je donne ça...* »), et il les écoute parfois. Il a été bien plus souvent cité que les médecins spécialistes, même si le cardiologue s'implique parfois dans l'éducation thérapeutique.

Les sujets les plus abordés par les médecins ont été ceux traitant de l'hygiène de vie et concernant la majorité des patients : l'alimentation et l'activité physique. Cela confirme donc pourquoi on les a trouvés fréquemment cités dans les facteurs de risque énoncés.

Dans tous les cas, ces informations ne laissent pas leurs destinataires indifférents, suscitant souvent de la peur ou de la méfiance, parfois atténuées par une relation médecin-malade de bonne qualité : (« *Oui ça m'angoisse plus qu'autre chose donc j'ai un très bon toubib.* »). Parfois aussi de la satisfaction, lorsque le patient sent qu'il connaît et contrôle sa maladie (« patient expert » - annexe 7).

Nous avons constaté, par contre, que les patients se sont souvent plaints du manque d'information de la part de leurs médecins. Ils nous ont aussi parfois avoué ne pas discuter de

ces choses-là avec eux. Les raisons évoquées par le patient pour cette carence sont : le manque de temps, le découragement du médecin et la connaissance suffisante de leur dossier.

Il est pourtant démontré qu'une information sur le risque cardiovasculaire, même courte, et distillée régulièrement (intervention brève) peut avoir un impact sur le mode de vie (15).

2.4. Déterminants de la pratique physique

Le bénéfice sur la santé est la motivation qui a été la plus évoquée au fil de nos entretiens. Ce résultat se vérifie dans la littérature : les personnes de 50 à 74 ans qui pratiquent une activité physique, le font davantage que les personnes plus jeunes, parce qu'elles se préoccupent de leur santé(11)

Il est d'ailleurs intéressant de noter que, lorsqu'un médecin est intervenu auprès d'un patient pour limiter son activité physique, et ce pour raison médicale (1^{er}, 7^{ème} et 11^{ème} entretiens), l'impact sur le mode de vie est encore décrit plusieurs dizaines d'années plus tard.

A contrario, l'état de santé (mauvaise santé, handicap, surpoids, fatigue) reste également le facteur le plus limitant de l'activité physique pour les patients interrogés dans notre étude. Le sentiment d'être trop âgé, même s'il ne s'accompagne pas forcément d'une diminution physique, le désintérêt (ou flemme) ont été fréquemment cités, loin devant le coût financier.

Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'INSEE (10).

Nous ne nous attendions pas à ce que le surpoids ou l'obésité puissent être cités non pas comme conséquence mais comme cause de sédentarité. Devant cette situation, et en l'absence de conseil d'une activité physique adaptée, certains patients semblent accepter cette situation sans prendre conscience des risques existants et évolutifs, compte-tenu de la possibilité de prise pondérale.

Contrairement à ce qui avait été supposé dans cette étude réalisée en région parisienne (16), le climat, généralement reconnu comme plus favorable sur la Côte d'Azur, n'a pas semblé dans nos interrogatoires un facteur favorisant l'activité physique. Au contraire, les contraintes environnementales ont été souvent citées.

Les motivations qui ressortent par contre, au-delà du bénéfice sur la santé, sont : la recherche du bien-être, du plaisir, de l'épanouissement psychique et de la convivialité. On a ressenti au fur et à mesure des entretiens que ces effets positifs, rapidement perceptibles, étaient concrets pour les patients. Bien plus que ne peuvent l'être l'équilibre d'un diabète, la perte de poids ou la réduction

de la mortalité cardiovasculaire. Ce constat nous a amenés à réfléchir davantage aux attentes, aux comportements des patients et la nécessité d'un bilan éducatif avant toute prise en charge concernant l'activité physique (17).

3. PERSPECTIVES

Dans le cadre de l'action « manger-bouger », Santé Publique France et le ministère de la Santé ont engagé, depuis 2016, un travail pour promouvoir l'activité physique en prévention primaire. Même si cette action concerne, pour l'instant, uniquement les patients en affection de longue durée (3) [sur un formulaire dédié (18)], l'objectif est d'en faire bénéficier l'ensemble de la population française sans risque particulier. Le but annoncé est ainsi de donner aux médecins la possibilité de prescrire à tous des séances d'activité physique prises en charge par la sécurité sociale .

Il nous semblerait pertinent, après plusieurs mois d'expérimentation, de venir interroger les patients en ayant bénéficié, non pas sur l'efficacité du programme, mais sur leurs représentations de l'activité physique en général. Cette prise en charge personnalisée et proposée par le médecin traitant aura-t-elle un impact positif sur les représentations des patients ? Les aidera-t-elle à mieux concevoir la notion de prévention primaire ?

CONCLUSION

Dans la lutte contre les maladies cardiovasculaires, les médecins généralistes ont un rôle fondamental à jouer. De part la fréquence régulière de leur contact avec les patients, la connaissance globale de leur situation et de leurs antécédents, le dialogue et la confiance qui se sont établis sur la durée, les médecins généralistes bénéficient d'une situation privilégiée pour promouvoir une amélioration de l'hygiène de vie sur la durée. Aidés par des programmes de santé publique efficaces et des recommandations régulièrement révisées, la tâche pourrait être chose aisée. La prise en compte des caractéristiques propres à chaque individu, individu qui plus est confronté à la menace d'un évènement cardiovasculaire, complique énormément cette prise en charge.

La réalisation d'une étude qualitative a permis de mettre en lumière toute l'ambiguïté des patients à haut risque cardiovasculaire en prévention primaire qui, malgré leur surveillance médicale régulière orientée et l'information à laquelle ils ont accès, présentent des freins similaires à ceux rencontrés chez des sujets de même âge pour la pratique d'une activité physique. Pour autant, cette population, sensibilisée par les programmes « Bien vieillir », voit l'activité physique de façon très positive. Bien-être, convivialité, amélioration du moral et du sommeil sont autant de bénéfices rapides et concrets qui peuvent être utilisés pour amener à un changement de comportement.

La notion de risque cardiovasculaire, même si les facteurs de risque majeurs sont généralement connus, reste pour cette population directement concernée, malheureusement bien floue. De même, la sédentarité n'est pas souvent perçue comme un facteur de risque à part entière.

Même si les patients ont parfois avoué manquer d'intérêt pour l'information médicale en général et, lorsqu'ils la cherchent eux-mêmes, remettent souvent en cause certaines de leurs sources médiatiques, les médecins ont toute leur confiance pour distribuer cette information. Si celle-ci n'est par contre pas délivrée, ou que l'on a cessé de la partager, elle pourrait alors être perçue comme inutile pour le patient et négligée.

À contrario, un patient bien éduqué peut devenir « expert » sur sa maladie et hormis le fait de participer activement au contrôle de son risque cardiovasculaire, peut répandre ses connaissances auprès de ses proches concernés, qui pourront facilement s'identifier à sa situation.

La délivrance régulière de conseils et d'informations semble difficilement compatible avec la pratique quotidienne ambulatoire. Une intervention brève, réalisée le plus fréquemment possible, pour cerner l'activité physique des patients et l'encourager paraît pourtant indispensable pour faire changer les habitudes et ainsi diminuer leur risque.

Le changement de comportement est un processus long et complexe. Pour aider les patients à maintenir une activité physique régulière, on peut désormais compter sur la généralisation de la prescription d'activité physique par le médecin généraliste.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/fr/>
2. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. [cité 15 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/actualisation-des-rep%C3%A8res-du-pnns-r%C3%A9visions-des-rep%C3%A8res-relatifs-%C3%A0-l%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-%C3%A0>
3. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée | Legifrance [Internet]. [cité 12 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/30/AFSP1637993D/jo/texte>
4. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study) : case-control study. *Lancet*. 2004;364:937-52.
5. Djousse L, Lee I-M, Buring JE, Gaziano JM. Alcohol Consumption and Risk of Cardiovascular Disease and Death in Women: Potential Mediating Mechanisms. *Circulation*. 21 juill 2009;120(3):237-44.
6. Estimate of 10-Year Risk for Coronary Heart Disease Framingham Point Scores - NHLBI, NIH [Internet]. [cité 14 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/current/cholesterol-guidelines/quick-desk-reference-html/10-year-risk-framingham-table>
7. Haute Autorité de Santé - Évaluation et prise en charge du risque cardio-vasculaire [Internet]. [cité 14 juill 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2754387/fr/evaluation-et-prise-en-charge-du-risque-cardio-vasculaire
8. Hippisley-Cox J, Coupland C, Brindle P. Development and validation of QRISK3 risk prediction algorithms to estimate future risk of cardiovascular disease: prospective cohort study. *BMJ*. 23 mai 2017;357:j2099.

9. Baudet M, Daugareil C. Éducation thérapeutique en prévention primaire cardiovasculaire. Intérêts et limites. *Ann Cardiol Angéiologie*. sept 2014;63(4):235-9.
10. Muller L. La pratique sportive en France, reflet du milieu social. *Donnée Soc - Société Fr*. 2006;657-63.
11. Guignon N, Lydié N, Makdessi-Raynaud Y. La prévention, comportements du quotidien et dépistages. *Donnée Soc - Société Fr*. 2006;567-75.
12. Frijling BD, Lobo CM, Keus IM, Jenks KM, Akkermans RP, Hulscher MEJL, et al. Perceptions of cardiovascular risk among patients with hypertension or diabetes. *Patient Educ Couns*. janv 2004;52(1):47-53.
13. Mansouri L, Coblenz-Baumann L. Connaissances de perceptions de la notion de facteur de risque cardiovasculaire chez les patients en médecine générale. *Exercer*. 2013;24(107):124-5.
14. Richard J-B, Bluzat L, Nguyen-Thanh V. Deux tiers des français consultent Internet à des fins de santé. *Santé En Action*. 2016;(436):48-9.
15. Frileux S, Muñoz Sastre MT, Mullet E, Sorum PC. The impact of the preventive medical message on intention to change behavior. *Patient Educ Couns*. janv 2004;52(1):79-88.
16. TOUPOINT P. Freins à la pratique d'activité physique régulière chez les patients à risque cardiovasculaire - Etude activité physique en soins primaires. Paris Est Créteil; 2013.
17. Satge J, Gremeaux V, Guiraud T, Granger R, Pathak A, Labrunée M. Comment optimiser l'alliance thérapeutique autour de l'activité physique dans les maladies cardiovasculaires ? *Lett Médecine Phys Réadapt*. sept 2013;29(3):119-28.
18. Formulaire spécifique de prescription d'une activité physique et/ou sportive adaptée. - DRDJSCS PACA [Internet]. [cité 18 août 2017]. Disponible sur: <http://paca.drdjscs.gouv.fr/spip.php?article684>

ANNEXES

ANNEXE 1 : DOCUMENT D'INFORMATION MEDECIN POUR L'INCLUSION



Chère consoeur, cher confrère,

Actuellement en fin de cursus de médecine générale, je prépare une thèse sur l'activité physique chez les patients à haut risque cardiovasculaire dans la région niçoise.

Cette étude est basée sur des entretiens individuels, au domicile des patients (30-45 minutes).

Je compte sur votre aide pour sélectionner dans votre patientèle, 1 à 2 personnes qui répondent aux critères suivants.

- patient **majeur**
- résidant dans le territoire de la **métropole Nice Côte d'Azur**
- **prévention primaire**
- présentant au moins **3 facteurs de risque cardiovasculaires** (parmi âge [homme > 50 ans femme > 60 ans], hérédité coronarienne précoce, diabète, HTA, dyslipidémie, tabagisme, surpoids)

Mon installation en médecine générale dépend de vous !

Soizic CHABANNE

Soizic.chabanne@gmail.com

06.70.66.75.54

ANNEXE 2 : DOCUMENT D'INFORMATION PRÉALABLE POUR LES PATIENTS



Madame, Monsieur,

Actuellement en fin d'études de médecine générale, je prépare une thèse sur l'activité physique dans la région niçoise.

Dans ce cadre, je dois aller rencontrer des patients à leur domicile, afin de m'entretenir avec eux sur leurs habitudes de vie (durée : 30-40 minutes).

Ces discussions seront enregistrées, pour les besoins de l'étude, puis anonymisées et soumises au secret médical.

Je compte sur votre aide pour y parvenir. Je vous contacterai prochainement par téléphone pour fixer un rendez-vous.

Sozic CHABANNE

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez me contacter :

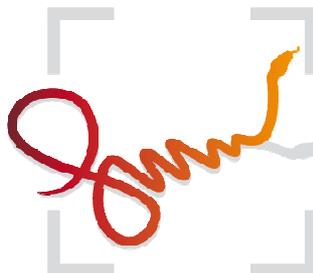
Sozic.chabanne@gmail.com

06.70.66.75.54

ANNEXE 3 : DOCUMENT D'INFORMATION DÉFINITIVE POUR LE PATIENT



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Information pour participation à une étude médicale

Dans le cadre de la thèse que je dois réaliser au cours de mes études, je réalise un travail de recherche médicale portant sur l'activité physique.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretiens et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, sans en supporter aucune responsabilité
- que les données recueillies seront traitées de façon confidentielle ; et que, si elles devaient être utilisées pour donner lieu à une publication, elles seraient anonymes
- qu'à tout moment, vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil de données effectué
- que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux.

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière anonymisée. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par le médecin de la recherche et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Fait en double exemplaire à Le.....

Signature

ANNEXE 4 : CONSENTEMENT À L'ETUDE



Consentement de participation à une étude médicale

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame

Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à ma participation et avoir eu un délai de réflexion avant de consentir à participer à l'étude médicale qualitative sur l'activité physique, menée par Me CHABANNE Soizic.

Accepte un enregistrement audio-phonique des entretiens. Celui-ci sera détruit après la fin du travail.

Cette étude médicale est réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale soutenue par Me CHABANNE Soizic, interne en médecine générale à la faculté de médecine de Nancy.

Fait en double exemplaire à le

Signature

ANNEXE 5 : CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS INTERROGÉS

Patient	Sexe	Âge	FRCV	Lieu de résidence	Personnes au domicile
1	F	73	âge, HTA, dyslipidémie	appartement	
2	H	67	âge, diabète, HTA, dyslipidémie, tabac, surpoids	appartement	
3	F	62	âge, HTA, diabète	appartement	filles, gendre, 2 petits-enfants
4	F	65	âge, diabète, HTA, surpoids	maison	époux
5	F	55	diabète, HTA, dyslipidémie, hérédité, surpoids	appartement	
6	H	68	âge, diabète, dyslipidémie	appartement	épouse
7	F	75	âge, dyslipidémie, hérédité	appartement	
8	F	72	âge, HTA, dyslipidémie	appartement	époux
9	F	73	âge, hérédité, HTA, dyslipidémie	appartement	
10	H	70	âge, HTA, dyslipidémie	appartement	
11	H	65	âge, HTA, dyslipidémie, diabète, surpoids	appartement	épouse
12	H	69	âge, HTA, dyslipidémie	appartement	
13	H	53	âge, diabète, HTA, dyslipidémie	maison	épouse, 2 enfants
14	H	83	âge, HTA, dyslipidémie, tabac	appartement	épouse
15	H	52	âge, HTA, surpoids, diabète	maison	mère
16	F	72	âge, diabète, HTA, surpoids	appartement	époux
17	F	82	âge, surpoids, hérédité	appartement	
18	F	70	âge, diabète, dyslipidémie, HTA	appartement	

ANNEXE 6 : GRILLE DE CODAGE NVIVO

Nom	Sources	Références
A - EVALUATION INDIVIDUELLE DE LA PRATIQUE PHYSIQUE	1	1
1) Activité physique	0	0
a) Pratique actuelle	18	108
b) Pratique antérieure	14	34
2) Inactivité physique, sédentarité	12	30
B - CONNAISSANCE DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE	0	0
1) Facteurs de risque cardiovasculaire cités	18	67
2) Méconnaissance du risque cardiovasculaire	4	6
3) Minimisation des facteurs de risque	2	9
4) Patient expert	4	25
C - PREVENTION CARDIOVASCULAIRE	0	0
1) Information délivrée	0	0
a) Sources d'information	1	1
- Médias	12	28
- Proches	10	21
- Soignants	15	27
b) Messages de prévention	14	47
2) Réactions des patients	1	1
a) Méfiance	4	8
b) Peur	5	26
c) Désintérêt	2	2
d) Je sais déjà donc...	3	8
e) Manque d'information	6	8
f) Suivi médical	10	20
D - ETUDE DE COMPORTEMENT	0	0
1) Motivations	17	99
2) Freins	17	104

ANNEXE 7 : EXTRAIT DU LOGICIEL NVIVO : CODAGE DU NOEUD « PATIENT EXPERT »

<Éléments internes\\PATIENT 6> - § 6 références encodées [Couverture 9,54%]

Référence 1 - Couverture 0,87%

Avec lui, on n'en discute pas. Je lui dis ce que je fais. Ça lui paraît... raisonnable, on va dire.

Référence 2 - Couverture 1,93%

Il était diabétique sous insuline. Mais il se pourrait que ce soit bien avant, parce qu'on se faisait pas contrôler comme on se fait contrôler maintenant. Voilà, donc peut-être que c'était héréditaire depuis longtemps.

Référence 3 - Couverture 2,40%

Mon frère, il me questionne, il me demande si ça va, tout ça, donc voilà. Il me pose des questions sur le traitement, sur la nourriture, pas mal de trucs. A l'occasion, on ne se voit pas souvent donc... Mais comme il est pas confronté à ce genre de truc, il sait pas trop...

Référence 4 - Couverture 1,54%

Là je lui rapporte des trucs de Pertinax, donc je lui dis tu sais que ça c'est comme ça, ça c'est comme ça, il faut faire attention à ça. Voilà je lui apprend certains trucs.

Référence 5 - Couverture 1,08%

quand je leur ai dit : « Vous savez, c'est grâce à ce que je fais, à ma marche, tout ça. », ils étaient quand même étonnés.

Référence 6 - Couverture 1,72%

Dans le diabète, je vous cache pas qu'il y a le tabouret avec : les médicaments, l'activité physique et... l'alimentation. Donc, il faut faire une association des trois pour réguler le diabète.

<Éléments internes\\PATIENT 13> - § 2 références encodées [Couverture 4,07%]

Référence 1 - Couverture 3,57%

on en discute beaucoup avec les enfants. Même énormément, je pense. Enfin, je me trompe peut-être... La façon de manger, la façon de se nourrir, pourquoi on mange ça, pourquoi on mange pas ça. En général, quand on mange ou quand on a fait à manger, on dit pourquoi... Ou des fois, on les réprimande : « Tu manges trop de ça, ou tu manges trop de ça. Ça va te rendre malade. »

Référence 2 - Couverture 0,50%

on leur explique pourquoi il faut manger des légumes

<Éléments internes\PATIENT 17> - § 2 références encodées [Couverture 3,55%]

Référence 1 - Couverture 1,27%

Alors que je sais pertinemment que, si j'avais des kilos en moins, je souffrirais certainement moins. Aussi bien pour l'arthrose, que pour le dos, les lombaires, et caetera.

Référence 2 - Couverture 2,28%

Après tout, j'ai quand même quatre-vingt-deux ans, quoique... je pourrais... disons que je pourrais terminer ma vie en ayant moins de douleurs. Je pourrais le faire. Et pour ça, il faut que je... Pour ça, il faut absolument que je prenne le taureau par les cornes et que je me dise : « On ne mange pas n'importe quoi ».

<Éléments internes\PATIENT 18> - § 15 références encodées [Couverture 17,15%]

Référence 1 - Couverture 0,90%

Moi, je regarde mon hémoglobine glyquée. Elle est à six. Elle est à six parce que je bouge. Mais je me dis, le jour où je me ferai opérer, j'aurai peut-être un problème.

Référence 2 - Couverture 0,81%

Oui bon, les belges ils sont très gentils mais ils sont gros (rires). Ils mangent trop ! Ils mangent trop ! (rires) Je suivais pas sinon j'étais obèse.

Référence 3 - Couverture 0,78%

Mais c'est pas pour ça que je vais m'asseoir et ne rien faire. Je crois que plus je bouge, mieux je me porte. Plus je me bouge, mieux je me porte.

Référence 4 - Couverture 1,29%

Pendant des années, je les ai écoutés, j'ai pris CHONDROSULF, tous les trucs comme ça, je me suis ruinée et ça sert à rien ! Je me suis ruinée pour les os et machin, et ça sert à rien ! Alors je me suis dit, j'en prends pas et c'est pareil.

Référence 5 - Couverture 1,67%

Alors, ce serait lui (COZAAR) la tension et le LIPANTHYL, pour le cholestérol, un petit peu. Evidemment, ça suffit pas. Il faut réduire le sucre dans l'alimentation. Plus l'exercice physique ! Mais, je me suis dit, le jour où je ne peux plus, je suis foutue ! Parce que l'exercice physique, il y fait beaucoup.

Référence 6 - Couverture 1,38%

Ah ! Alors, si vous regardez ma bibliothèque, il y a que sur la santé. Il y a que sur la santé ! Regardez tout ce que j'ai acheté ! Que sur la santé ! Rien que pour le diabète, j'ai : un, deux, trois, quatre. L'arthrose, j'en ai deux. J'ai l'index glycémique

Référence 7 - Couverture 1,18%

Si je suivais le généraliste, je ne sais pas ce qu'il faut arrêter. Il y a en a qui disent ça c'est pas bon, ils vont trouver autre chose. Il faut trier. Alors donc, moi je me renseigne toute seule, et je me débrouille.

Référence 8 - Couverture 0,93%

Je mangeais pas trop gras, pas trop sucré, donc ça doit être un peu génétique. C'était pas grave, c'est pas monté jusqu'à 7 (% d'hémoglobine glyquée). Non, c'était pas grave.

Référence 9 - Couverture 2,02%

Je suis peut-être pas instruite, je m'instruis toute seule. J'ai pas eu d'instruction mais bon, j'ai été jusqu'au niveau bac. Alors regardez ! Après, je me suis dit : « c'est pas normal ! ». Je me suis noté ma glycémie qui monte, qui descend. 1.22, 1.21, 1.19, 1.09, 1.29, 1.08... Après, je me suis dit : « C'est pas normal. » Alors, je suis allée voir Dr B., qui est diabétologue.

Référence 10 - Couverture 1,22%

pas été contente non plus du diabétologue. C'était insuffisant comme contrôle. Je m'attendais à un électrocardiogramme, à un bilan plus approfondi. Je me suis dit « Ça me change pas de mon généraliste ». ça me change pas du tout

Référence 11 - Couverture 1,01%

Vous avez vu le bilan ? Il est pas mal ! Pour mon grand âge, 2.46 de cholestérol... ça va, c'est pas la catastrophe ! Je me maintiens. Voilà, vous comprenez comment j'arrive à me maintenir.

Référence 12 - Couverture 0,52%

Tout ce qu'il m'a dit, il m'a rien appris. Si j'avais pas acheté les bouquins, c'était pareil !

Référence 13 - Couverture 2,48%

Je suis à cinquante-six kilos. Il y a quelques mois je faisais cinquante-huit. Je suis partie à Aix, j'avais pris un kilo, je faisais cinquante-sept. Mais c'est rien ! Parce que, là-bas, je faisais le tour du parc, je tournais en rond. Il y avait la cure à faire, je pouvais pas faire grand-chose. Et moi, j'ai dit au Dr S. : « Vous savez comment je me débrouille ? ». Il me dit : « Non. De toute façon, vous n'êtes pas grosse. – Mais je me débrouille, je bouge ! »

Référence 14 - Couverture 0,51%

Ben oui, il y a personne qui m'apprend ! Je suis obligée d'acheter des tas de livres, ben oui !

Référence 15 - Couverture 0,45%

Et puis, faut pas être trop mou, parce qu'après, pour la rééducation... ça l'intéresse.

IMPRIMATUR

VU

NANCY, le **22 août 2017**

Le Président de Thèse

NANCY, le **1^{er} septembre 2017**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Bruno CHENUÉL

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9971

NANCY, le **05 septembre 2017**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : Avec 3,2 millions de décès attribuables, la sédentarité est considérée comme le 4^{ème} facteur de décès dans le monde, et l'un des principaux déterminants de maladies chroniques comme les pathologies cardiovasculaires. Nous avons cherché à étudier les pratiques physiques, les représentations de l'activité physique par rapport à la santé chez les patients à haut risque cardiovasculaire. Nous avons recherché les motivations et les freins à la pratique physique dans cette population à risque.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de patients présentant au moins 3 facteurs de risque cardiovasculaire, et résidant dans la métropole niçoise.

Résultats : 18 entretiens ont été réalisés entre mars et mai 2017. 17 patients ont dit pratiquer une activité physique. La majorité semble ne pas correspondre aux recommandations de l'ANSES. La notion de risque cardiovasculaire reste floue dans cette population pourtant directement concernée et informée. Ces personnes ont déclaré bénéficier de plus d'informations sur l'hygiène de vie que sur le risque cardiovasculaire en général. La portée des messages de prévention dispensés par le corps médical est considérée comme plus fiable que ceux véhiculés par les médias. Les conseils donnés ne sont respectés que lorsque ceux-ci sont adaptés à chaque individu. La santé a été évoquée à la fois comme la motivation et le frein principaux à une pratique physique régulière. L'épanouissement psychique, le bien-être ont été fréquemment associés à l'activité physique.

Conclusion : Les patients à haut risque cardiovasculaire savent que l'activité physique présente un intérêt pour leur santé sans pouvoir souvent expliquer lequel. Ce défaut d'information médicale peut nuire à la prévention primaire. Les patients attendent des soignants et principalement du médecin généraliste traitant une information régulière et des conseils personnalisés, notamment en matière d'activité physique et par exemple à l'occasion d'une prescription.

TITRE EN ANGLAIS

Cardiovascular high-risk patients and exercise : a qualitative research by semi-directive interviews in Nice Metropolis inhabitants

THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2017

MOTS CLÉS :

Activité physique – prévention cardiovasculaire – éducation thérapeutique

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY CEDEX