

L'activité physique adaptée proposée aux personnes âgées de plus de 65 ans dans le cadre d'une maladie chronique : quel est le vécu du patient dans son engagement à la pratique ?

Anne-Lise Arnaud

▶ **To cite this version:**

Anne-Lise Arnaud. L'activité physique adaptée proposée aux personnes âgées de plus de 65 ans dans le cadre d'une maladie chronique : quel est le vécu du patient dans son engagement à la pratique ?. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02064329

HAL Id: dumas-02064329

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02064329

Submitted on 11 Mar 2019

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.

HAL
archives-ouvertes.fr

L'activité physique adaptée proposée aux personnes âgées de plus de 65 ans dans le cadre d'une maladie chronique : quel est le vécu du patient dans son engagement à la pratique ?

Anne-Lise Arnaud

▶ **To cite this version:**

Anne-Lise Arnaud. L'activité physique adaptée proposée aux personnes âgées de plus de 65 ans dans le cadre d'une maladie chronique : quel est le vécu du patient dans son engagement à la pratique ?. Médecine humaine et pathologie. 2018. <dumas-02064329>

HAL Id: dumas-02064329

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02064329

Submitted on 11 Mar 2019

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.

Université de Bordeaux

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018 N°201

Thèse pour l'obtention

DU DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 13 décembre 2018
Par Arnaud Anne-Lise
née le 7 octobre 1988 à St Jean d'Angély

L'activité physique adaptée proposée aux personnes âgées de plus de 65 ans dans le cadre d'une maladie chronique : Quel est le vécu du patient dans son engagement à la pratique ?

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Cugy Emmanuelle

Jury :

Monsieur le Professeur Douard Hervé, PU-PH	Président
Madame le Docteur Roubaud Baudron Claire, MCU-PH	Assesseur
Monsieur le Docteur Durieux William, PA	Assesseur
Monsieur le Docteur Veaux Philippe, Médecin Généraliste,	Assesseur
Madame le Docteur Bourdel Marchasson Isabelle	Rapporteur

«Toutes les parties du corps qui remplissent
une fonction sont saines, bien développées et
vieillissent plus lentement si elles sont sollicitées
avec mesure et exercées à des travaux dont
on a l'habitude. mais si elles ne sont pas utilisées
et sont indolentes, elles tendent à devenir malades,
se développent mal et vieillissent prématurément.»

Hippocrate env. 400 av. JC

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Hervé Douard, président du Jury

Professeur des Universités, responsable de l'unité maladie coronarienne et réadaptation, Université de Bordeaux

Pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de cette thèse. Je vous prie de croire en l'expression de ma profonde gratitude et mon profond respect.

A Madame la Professeur Isabelle Bourdel Marchasson, rapporteur

Professeur des Universités, responsable de l'unité médecine gériatrique post urgence et de l'hôpital de jour gériatrique, Université de Bordeaux.

Pour avoir accepté de juger mon travail, veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Claire Roubaud Baudron,

Maitre de conférence universitaire, praticien hospitalier au pôle de gérontologie clinique, Université de Bordeaux.

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur William Durieux,

Professeur associé, médecin généraliste, Université de Bordeaux.

Pour me faire l'honneur de participer à ce jury, ainsi que pour la gentillesse d'avoir pu vous rendre disponible malgré un timing serré. Permettez-moi de vous témoigner mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Philippe Veaux,

Médecin Généraliste,

Pour avoir accepté de participer à ce jury, de m'avoir régulièrement proposé ton aide et de m'avoir confié ta patientèle lorsque je n'étais pas (encore) partie en vadrouille.

A Madame le Docteur Cugy Emmanuelle,

Praticien hospitalier en médecine physique et réadaptation

Pour avoir accepté la direction de cette thèse sans savoir à qui tu avais affaire. De m'avoir suivi dans ce projet au départ un peu trop flou mais qui me tenait à cœur. Je te remercie pour ta disponibilité et tes bons conseils tout au long de ce travail.

Merci à **Mme Bérénice Ledain** pour votre aide au recrutement des participants. Merci **aux enseignantes Laura et Vicky** pour leur disponibilité et leur bienveillance au sein de ce programme.

A Mme Véronique Bounaud, responsable du Pôle Accompagnement santé service action sociale et santé à Poitiers. Pour ton aide méthodologique dans l'élaboration du guide d'entretien, merci pour ton temps et ta gentillesse.

Merci à **Monsieur Robert Bernard** président du Ge APA, de m'avoir reçue et d'avoir pris le temps de m'écouter lorsque je débarquais à Bordeaux avec une vague idée de l'existence de l'activité physique adaptée

A toutes les personnes qui ont accepté de participer à l'étude. Merci de m'avoir accordé de votre temps ainsi que votre confiance pendant les entretiens.

A ma « marraine » de thèse Olga, sans toi je ne me serais jamais lancée dans ce monde obscur qu'est le qualitatif. Tu as su me ramener sur le chemin quand je m'égarai. Et me rattraper quand je me noyais dans les données. Ne sous-estime pas tes qualités de pédagogue. Et maintenant que la chouquetterie continue !

A Mme Benmahi Nassima, pour votre disponibilité durant ce périlleux parcours.

A Sylvie, pour m'avoir motivé à continuer sur cette thématique et m'avoir aidé à trouver des personnes impliquées. Merci aussi pour les séances salvatrices de yoga.

A tous les patients ayant croisé mon chemin.

Au Docteur Hakim Chabane, Docteur Thibault Adenis, Docteur Julie Guinaud et Docteur Marc Sullice pour m'avoir tant appris et redonné confiance en la beauté de ce métier.

A mon papa, qui rêve de ce moment depuis bien plus longtemps que moi. Pour ton enthousiasme à chaque nouvelle idée de thèse et la patience dont tu as dû faire preuve pour me laisser « attendre le dernier moment ».

A ma maman, pour m'avoir fait confiance même pendant mes périodes obscures de jeune adulte, supporter mes remises en questions perpétuelles, et malgré tout de garder ton optimisme. Merci de m'avoir soufflé cette brillante idée : partir faire son internat sur l'île intense.

A Marco, merci de ne pas savoir où aller mais de savoir que c'est avec moi que tu iras.

A mes sœurs Aurélie et Alexandra. Aurélie parce que tu avais raison même si j'en trouvais mille, en fait « il n'y avait pas de raison ». Alex pour ta bienveillance et parce que tu ne nous en veux plus de t'avoir tant malmené lorsque tu n'avais pas encore d'appareil dentaire.

A mes beau'f, Roro pour ta participation graphique à ce travail, Ugo pour t'occuper de perpétuer l'espèce humaine à ma place. Lucas pour supporter tes deux grands frères avec le sourire.

Aux Parisiens, Simon, Marie Sandrine, Camille, Eveuh, Cécile de m'avoir aidé à repousser mon travail de thèse d'une année supplémentaire. Merci JC et Seb de m'avoir si bien accueillie dans votre cabinet hyper stylé.

Aux poitevines, Aurore, Loulou, Léa, Tatin, Anne-so, Alma et Max. La brigade du kiff à du souci à se faire.

Aux réunionnais, Pierre Olivier Hyacinthe Lucas de Peslouan, il est loin le temps où tu étais le seul « vrai docteur ». A Clara, parce que « ralala » ce que c'est rassurant d'être d'accord sur la vie. A Paf, Valou, Nono, Pau, Sido, Quentin, Quiterie, Lapin, Solenn, Soso... Merci d'avoir participé à ces folles et éprouvantes années.

A Floriane car « la vie est un jeu » ! A Camille pour nos délicieuses retrouvailles Bordelaises. A Florent, même si tu n'as pas eu le choix de m'accepter dans ta vie, merci pour l'écoute et le soutien que tu m'as apporté durant cette année inconfortable.

A Peupeu qui m'a permis par sa présence réconfortante de terminer la rédaction de ce travail. Merci titi pour ces petits déjeuners débrief' Tocanais et le temps passé à créer un tableau que je ne suis pas encore sûre d'avoir compris.

A Pitou pour sa compagnie rassurante et oppressante, les journées de fin de croquettes.

Rest in pit's

Table des matières

I. INTRODUCTION 8

1. Freins et Leviers à l'engagement 9

2. Activité Physique Adaptée 11

3. Objectif de l'étude : 13

II. METHODE 14

A. TYPE D'ETUDE 14

B. POPULATION 14

C. RECUEIL DE DONNEES 15

D. STRATEGIE D'ANALYSE 15

E. ÉTHIQUE 16

III. RESULTATS 17

A. CARACTERISTIQUES PATIENTS 17

B. CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS 18

C. SYNTHESE INTERPRETATIVE 18

1. Se sentir vieillir 18

2. Un combat pour maitriser le vieillissement 21

3. L'engagement au programme d'APA 23

IV. DISCUSSION 31

A. ANALYSE DES RESULTATS PRINCIPAUX 31

1. Les modérateurs individuels 31

2. Modérateurs sociaux et environnementaux 34

B. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE 38

C. PERSPECTIVES 39

1. De soins 39

2. De recherche 42

V. CONCLUSION 43

VI. ANNEXES 49

A. ANNEXE N°1 : PLAQUETTE INFORMATION PROGRAMME 49

B. ANNEXE N° 2 : FICHE INFORMATION 50
C. ANNEXE N°3 : GUIDE POUR ENTRETIEN N° 2 51
D. ANNEXE N° 4 : GUIDE POUR ENTRETIEN N°7 52
ANNEXE 5 : SCHEMATISATION DES RESULTATS PRINCIPAUX 53
E. ANNEXE 6 : ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE 54
VII. SERMENT MEDICAL 55

ABREVIATIONS

ALD : Affection de longue durée

AP : Activité physique

APA : Activité physique adaptée

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONAPS : Observatoire nationale de l'activité physique et de la sédentarité

UFR STAPS : Unité d'enseignement et de recherche de sciences et techniques des activités physiques et sportives

I. INTRODUCTION

L'activité physique (AP) se définit comme tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense d'énergie au-dessus de la dépense de repos. Elle comprend tous les mouvements de la vie quotidienne, ceux effectués lors du temps de travail comme lors des loisirs (1). Il est communément admis que l'activité physique régulière est bonne pour la santé, notamment pour prévenir ou contribuer au traitement de certaines maladies non transmissibles (2).

Cette relation est plus complexe qu'il n'y parait, elle va dépendre de nombreux paramètres individuels tels que l'âge, le genre, l'état de santé, les déterminants psychosociologiques mais également des caractéristiques de l'activité elle-même, son volume et sa fréquence au cours de la vie. L'organisation mondiale de la santé (OMS) a publié en 2010 des recommandations d'activité physique portant sur le lien entre la fréquence, la durée, l'intensité, le type et la quantité totale d'activité physique nécessaire à la prévention des maladies non transmissibles (3). Ces recommandations ont été organisées en trois classes d'âge (5-17 ans, 18-64 ans et ≥ 65 ans), afin de répondre au mieux aux besoins spécifiques en fonction de l'âge.

En France, en 2050 un habitant sur trois sera âgé de plus de 60 ans si les tendances démographiques se maintiennent (4). Ce vieillissement de la population s'associe à une augmentation de la prévalence des maladies chroniques et induit une augmentation de la prévalence des sujets en perte d'autonomie et institutionnalisés. Préserver l'indépendance dans les activités quotidiennes représente un enjeu majeur de santé publique dans ce contexte (5). La pratique régulière d'une AP permet de retarder ou ralentir certains processus liés au vieillissement en contribuant au maintien de la fonction musculaire nécessaire au maintien de la mobilité, en diminuant le risque de chute et en améliorant les performances cognitives (1).

Selon l'observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS) environ 50% des plus de 65 ans seraient touchés par une maladie chronique et on estime à environ 40 % les plus de 65 ans ayant une pratique faible ou nulle d'activité physique (6).

Plusieurs plans nationaux de prévention ont été proposés ces dernières années :

- Le plan « bien vieillir » propose des mesures spécifiques à la promotion d'une AP chez la personne âgée de 55 à 75 ans. Parmi ces mesures on trouve : la mise en place d'un annuaire des associations sportives proposant des activités pour cette population, un soutien financier

des fédérations sportives, l'évaluation des aptitudes physiques de cette population et une formation des professionnels (7)

- Le plan national nutrition santé associe aux objectifs nutritionnels des recommandations d'activités physiques spécifiques pour les personnes âgées (8)
- Le rapport « retrouver sa liberté de mouvement » propose des mesures concrètes pour la promotion des activités physiques chez les sujets fragiles (9) :
    - promotion spécifique au sein des maisons de retraite
    - formation des professionnels de santé à la prescription et au suivi
    - mise en place d'un système de tickets ou coupons sport-santé pour les personnes en situation précaire atteintes de maladie chronique, en situation de handicap à partir des aides financières individuelles identifiées par le réseau sport-santé
    - communiquer sur ces aides financières

Un bilan des connaissances scientifiques sur la contribution de la pratique d'une activité physique en prévention des chutes chez les personnes âgées a été réalisé par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) (10). Parmi les objectifs, il est évoqué la nécessité de développer des programmes d'exercices physiques adaptés à l'état de santé du sujet âgé. Les auteurs recommandent également de mieux définir les freins et leviers à l'engagement dans la pratique.

En effet dans le cadre des interventions visant à promouvoir l'AP, l'identification des déterminants de l'engagement ou du non-engagement est nécessaire afin de cerner les leviers à activer.

1. Freins et Leviers à l'engagement

L'analyse de la littérature montre que l'engagement des personnes âgées dans une activité physique est considéré comme un phénomène plurifactoriel : l'environnement urbain et matériel, les facteurs sociodémographiques et l'état de santé agissent comme des barrières ou des facilitateurs de l'engagement.

Dans une enquête de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), les principales raisons de ne pas pratiquer une AP évoquées par les plus de 60 ans étaient la maladie, le sentiment d'être trop âgé et l'absence d'intérêt pour le sport (11). Les problèmes de santé tels l'arthrose et les problèmes cardiovasculaires sont la cause la plus citée par les personnes âgées comme barrière à la pratique (12).

On évoque également le manque de connaissance des bienfaits de l'AP sur la santé ainsi que l'absence de conseils et d'encadrement comme modérateur de la pratique (13). Cette dernière notion est définie comme un des freins majeurs lors d'une étude quantitative sur des patients âgés atteints de maladies chroniques sortant d'un programme de rééducation (14).

Parmi les contraintes environnementales, la distance des sites de pratiques et les difficultés de transports ont été identifiés comme des freins (15). La sécurité des aménagements, le sentiment d'insécurité vis à vis des agressions physiques potentielles ou du trafic routier sont perçus comme des facteurs complexifiant l'engagement (16).

Le niveau de vie des seniors agirait fortement sur leur engagement sportif, surtout pour les plus âgés. Cinquante-six pourcent des 70-75 ans avec de faibles revenus ne déclarent aucune pratique, contre 28% des titulaires de revenus supérieurs (17).

La peur de chuter est également perçue comme une barrière à la pratique (15), entraînant une restriction des activités (18).

Les troubles émotionnels tels le syndrome dépressif ou le stress ainsi que la douleur physique, modulent la perception des barrières à la pratique (19,20).

Le manque de compagnie pour pratiquer est aussi décrit comme un frein (21), alors qu'il a été décrit un engagement plus fréquent chez les individus mariés ou en couple (22). La pratique en groupe va influencer le plaisir procuré par une activité (23).

Les bénéfices ressentis sur la santé vont être les facteurs les plus décrits comme motivateurs à la pratique (17). L'encadrement par un professionnel et la participation à des activités adaptées sont décrits comme des motivateurs dans une étude portant sur des personnes âgées présentant des limitations fonctionnelles (24), la promotion et l'accessibilité à des programmes adaptés ont aussi été relevées comme motivateurs à pratiquer dans un étude de cohorte multiculturelle (21) .

Pour les personnes âgées aux besoins rendus spécifiques par leurs pathologies, l'encadrement professionnel et sécurisant apparaît primordial.

2. Activité Physique Adaptée

L'activité physique adaptée (APA) regroupe tout mouvement, activité physique et sport, essentiellement basé sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. Depuis une trentaine d'années, ce type d'encadrement se développe en France.

Les programmes en APA s'adaptent aux besoins et aux objectifs personnels des participants (maladies chroniques, situation de handicap ou âgés). Ils respectent des principes techniques, sécuritaires, règlementaires, pédagogiques et éthiques.
L'APA s'appuie sur une approche globale bio-psycho-sociale en tant que discipline d'enseignement. Ces objectifs s'inscrivent dans différents cadres tels que la prévention, la rééducation, la réadaptation, la réhabilitation, la réinsertion, l'éducation ou la participation sociale (23).

Les activités physiques adaptées sont dispensées par des professionnels spécifiquement formés. Il peut s'agir de kinésithérapeutes ou d'ergothérapeutes, mais également de techniciens de la pratique sportive appelés enseignants en APA. L'obtention au minimum d'une licence universitaire APA et santé au sein d'une UFR STAPS est nécessaire. La formation est orientée sur la connaissance des publics concernés, l'évaluation et la sécurité (25). Ces professionnels de l'APA exercent sous prescription médicale, dans des établissements de soins, mais aussi dans des associations ou des clubs sportifs.

La prescription d'APA par le médecin traitant est depuis décembre 2016 promue par le ministère des affaires sociales et de la santé. « Le décret n° 2016-1990 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 » précise que la dispensation d'une APA a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risques et les limitations fonctionnelles liées à l'affection de longue durée dont elle est atteinte (26).

a) En Gironde

Le Tableau 1 résume les différents organismes proposant des programmes d'APA en Gironde.

	Lieu	Description	Financement
Centre d'activité physique adaptée et de prévention santé (CAPAPS)	Bordeaux	Cours collectifs. Les cours ont lieu au sein de la structure. Les enseignants interviennent aussi en hôpital de jour en oncologie. (27)	A la charge du participant
L'Association Santé Éducation et Prévention (ASEPT)	Gironde	Différents ateliers proposés : un cycle de 12 ateliers hebdomadaires ouverts à tous à partir de 55 ans. Les séances se déroulent en groupes d'environ 12 personnes. Chaque participant s'engage à suivre le cycle complet des ateliers. (28)	Financé par les caisses de retraites
Groupement d'Employeurs en activité physique adapté (GE APA)	Aquitaine	Intervention à domicile, dans un service hospitalier ou institution formation à l'APA pour les professionnels demandeurs au seins des établissements de santé (29)	en partenariat avec l'ARS, les caisses de retraites ou les mutuelles intervention à domicile à la charge du patient
Association Siel Bleu	France	La majorité de son activité a lieu en institution (établissement d'hébergement pour personnes âgées et structure médico-social) Intervention à domicile possible	en partenariat avec l'ARS, les caisses de retraites ou les mutuelles intervention à domicile à la charge du patient
Pôle santé Arcachon en lien avec l'association prof'APA	Territoire pôle santé Arcachon	Un programme d'APA sur 3 mois puis les patients sont réorientés dans différents clubs sportifs partenaires du territoire de santé (annexe 1)	subventionné par l'ARS

Tableau 1 : Organismes certifiés APA en Gironde

Le programme mis en place il y a 3 ans par le Pôle Santé Arcachon s'adressait initialement aux patients pris en charge au sein de l'hôpital pour une maladie cancéreuse ou une obésité puis il s'est étendu en 2017 aux patients en affection de longue durée. La promotion de ce programme était faite par les médecins spécialistes mais aussi par un affichage dans l'enceinte de l'hôpital ou dans les cabinets de médecine générale du territoire. Ce programme se déroulait à raison d'une à deux séances hebdomadaires durant trois mois, il était encadré par une éducatrice formée à l'APA. A l'issu du programme, un relais est proposé vers différents clubs sportifs partenaires du territoire de santé.

La figure 1 décrit la chronologie du programme :

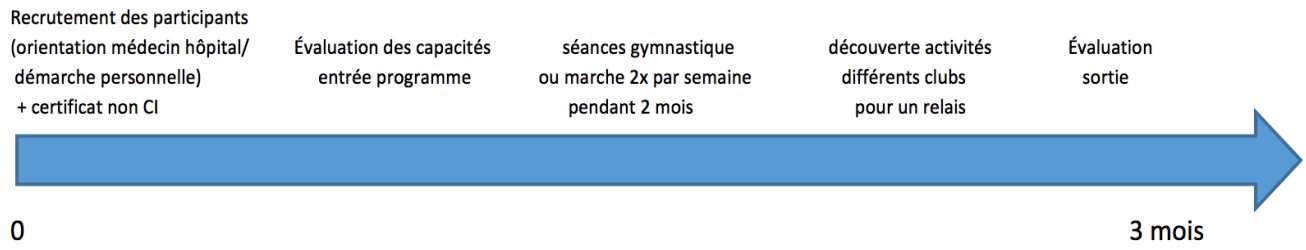


FIGURE 1 CHRONOLOGIE DU PROGRAMME

3. Objectif de l'étude

La compréhension du contexte des obstacles et des facteurs de mobilisation des personnes âgées face à la pratique d'une APA semble nécessaire à la promotion et au développement correct des programmes d'APA ainsi que de leur adhésion.

L'objectif principal de cette étude était d'**explorer le vécu du programme des personnes âgées de plus de 65 ans en affection de longue durée (ALD) participant ou ayant participé au programme d'APA**.

II. METHODE

A. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative utilisant le principe de la théorisation ancrée.

B. Population

La population de l'étude était constituée de patients orientés vers le programme d'APA proposé par le centre hospitalier d'Arcachon.

Les critères d'inclusion étaient :

- patients de plus de 65 ans[1] en ALD participant, ayant achevé ou stoppé le programme en cours.

Les critères d'exclusion étaient :

- refus de participer à l'étude ; patients de moins de 65 ans.

Le nombre de sujet à inclure dans une étude qualitative ne se calcule pas à l'avance dans la mesure où la significativité statistique n'y a pas de sens. En revanche il est déterminé lors de l'analyse des entretiens puisque l'élément clé est la saturation des données : le nombre d'entretien nécessaire est atteint dès lors qu'aucune information nouvelle ne ressort de l'analyse des nouveaux entretiens. La chercheuse a eu un sentiment subjectif d'être à saturation des données lorsque les entretiens ne semblaient plus apporter de nouvelles catégories.

L'échantillonnage théorique a été, au départ, fondé sur les critères d'inclusion et d'exclusion. Il a ensuite été complété selon des critères de variation (âge, catégorie socioprofessionnelle, sexe, lieu de vie, critères de fragilité[2]) pour obtenir la saturation théorique des données.

Le terme « informateur » est utilisé dans une étude qualitative pour qualifier les patients interrogés puisque ces personnes vont livrer des informations constituant le fondement empirique du travail recherche.

[1] L'âge de 65 ans et plus a été choisi selon les critères de l'OMS. *Trois classes d'âge ont été définies pour établir* les recommandations de pratique d'activité physique

[2] Selon les critères de Fried (2001) évaluant la présence chez les patients d'un âge ≥ 65ans de 5 critères : perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg depuis un an, épuisement ressenti, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire et sédentarité. Les patients sont dit fragiles en présence de 3 critères ou plus et pré fragiles si au moins un des critères est présent. La fragilité est considérée comme un facteur de risque de survenue d'évènements péjoratifs tels que les chutes, l'hospitalisation, l'institutionnalisation ou la mortalité

Les informateurs ont été contactés par appel téléphonique après repérage par l'enseignante APA des patients entrant dans les critères définis par l'étude, et par contact direct suite à la présentation de la chercheuse lors de sa participation à un cours. L'étude était présentée comme un travail de recherche destiné à explorer leur vécu dans la pratique d'une APA.

C. Recueil de données

Le recueil a été fait sous forme d'entretiens compréhensifs, individuels, en face à face. Ils ont été menés par la chercheuse.

Les entretiens semi-dirigés étaient réalisés à partir d'un guide d'entretien issu de la confrontation entre les données de la littérature et différents échanges avec les acteurs investis dans le programme ou dans la problématique de prévention.

Un entretien test a été réalisé, afin que la chercheuse se familiarise avec la conduite d'un tel entretien.

Le guide d'entretien s'articulait autour d'une question « brise-glace » : « Pouvez-vous me parler de votre participation au programme d'activité physique proposé par l'hôpital d'Arcachon ? ». Il a évolué au fur et à mesure des entretiens et de l'analyse des données

L'entretien se terminait par le recueil des caractéristiques des informateurs : âge, pathologie chronique, critères de fragilité, lieu de résidence, profession, âge retraite, entourage proche, pratique d'AP avant la retraite.

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone avant d'être intégralement retranscrits par la chercheuse sur le logiciel Microsoft Office Word®. Le matériel ainsi retranscrit constituait le verbatim.

D. Stratégie d'analyse

Des notes de terrain ont été prises par la chercheuse à l'issue de chaque entretien. Chaque entretien a été séquencé en unités de sens, appelées verbatim. À chacune a été associé un code, ce qui constituait l'étape dite de codification. Cette étape constituait la première partie du processus de

théorisation ancrée (30) permettant d'analyser les données le plus fidèlement possible. Chaque entretien a été analysé au fur et à mesure du recueil de données.

L'étape suivante était la catégorisation. Elle consistait à classer chaque unité de sens, en catégories de façon à former des thèmes. Le processus de catégorisation était la résultante de la classification analogique et progressive des éléments. Le titre de chaque catégorie ne pouvait être défini qu'en fin d'opération.

La rédaction des résultats suivait à l'inverse ce cheminement : les catégories deviennent des chapitres, les sous-catégories des paragraphes et les unités de sens les différentes thématiques développées. A la différence d'un travail quantitatif, l'interprétation des données n'est pas séparée de la présentation des résultats : l'interprétation des données est le résultat.

Le codage et l'analyse du verbatim ont été réalisés à l'aide du logiciel QSR NViVo 10® par la chercheuse. Une triangulation des données[3] était effectuée via une analyse indépendante de la directrice de thèse et d'une personne extérieure à l'étude expérimentée dans l'analyse qualitative. Elles n'avaient pas accès au codage de la chercheuse.

E. Éthique

Le consentement oral des informateurs a été systématiquement recueilli après les avoir informés de l'anonymisation des données. Les informateurs étaient également informés de la possibilité de relire et corriger le contenu des entretiens. Un accès au manuscrit final leur était proposé. Une déclaration de conformité a été acceptée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) (2160760 v 0).

[3] La triangulation se définit comme une démarche où l'on croise différentes approches d'un objet de recherche, dans le but d'augmenter la validité et la qualité des résultats obtenus

III. RESULTATS

A. Caractéristiques Patients

Au total sur les dix entretiens réalisés il y avait quatre femmes et six hommes, l'âge moyen était de 74,3 ans. Six informateurs étaient considérés comme « pré-fragiles » et les 4 autres était repérés fragiles selon les critères. Il y avait 4 informateurs vivant seuls et seulement 1 informateur sur les 10 ne possédait pas de véhicule. Cinq patients avaient participé au programme sur orientation d'un médecin de l'hôpital, 4 en avait pris connaissance grâce aux affiches et 1 à la lecture d'un article dans le journal. Il y avait une bonne variabilité des catégories socio-professionnelles. La majorité vivait en zone urbaine, deux informateurs seulement vivaient en pleine campagne. Un seul informateur avait stoppé le programme en cours et une informatrice n'avait pas participé car elle était déjà inscrite à une activité en parallèle.

Le tableau 2 résume les caractéristiques des patients.

	Sexe	Age/retraite	Score Fried	ALD	Profession	Domicile	Entourage	ATCD activité	Accessibilité	Mode de participation
E 1	F	85	5	cancer	Femme au foyer	Maison étage ville	seule	Gym d'entretien	voiture	A vu l'affiche à l'hôpital
E2	H	75/60	4	BPCO/ obésité	Cadre SNCF	Maison semi rural	Vit avec sa femme active	Cross vélo	voiture	Orienté par médecin hôpital
E3	H	70/60	2	parkinson	Agent de service hospitalier	Appartement ville	seul	football	bus	A vu l'affiche à l'hôpital
E4	H	66/52	3	Diabète/ obésité	Tailleur de pierre	Maison semi rural	Seul (sœur voisine)	Rugby en compétition	voiture	Orienté par médecin hôpital
E5	H	79/59	2	diabète	Promoteur immobilier	Maison ville	Vit avec sa femme	néant	voiture	A vu l'affiche à l'hôpital
E6	F	69/65	1	Diabète/ obésité	orthophoniste	Maison étage ville	Seule (fils voisin)	Pas de pratique régulière	voiture	Orienté par médecin hôpital
E7	H	69/60	1	diabète	comptable	Maison campagne	Vit avec sa femme	néant	voiture	Orienté par médecin hôpital
E8	F	74/60	2	cancer	Employé banque	Maison étage semi rural	Vit avec son mari	Gym/ vélo	voiture	Orienté par médecin hôpital
E9	F	78	2	diabète	Femme au foyer	Maison campagne	Vit avec son mari	néant	voiture	A vu l'affiche
E10	H	78/65	4	BPCO	journaliste	Appartement ville	Vit avec sa femme encore active	Rugby / pelote basque	voiture	A vu un article dans le journal

Tableau 2 Caractéristiques des informateurs

B. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du 23 mars 2018 au 11 juillet 2018. La durée moyenne des enregistrements était de 49 minutes. Le plus court était de 22 minutes et le plus long de 80 minutes

La saturation des données a été obtenue à partir du 8ème entretien. Les 2 suivants ont été réalisés afin de le confirmer. La chercheuse lors de sa démarche a comptabilisé 6 refus de participer à l'étude : pour 5 d'entre eux les informateurs n'étaient pas disponibles pendant la période demandée et le 6ème pour des raisons de santé.

Le choix du lieu des entretiens a été fixé en accord avec les informateurs selon leur disponibilité et ressenti. Neuf d'entre eux ont eu lieu à leur domicile, le 1er s'est déroulé sur le lieu de dispensation des cours à la demande de l'informatrice.

Le choix a été fait de conserver, lors de la retranscription, le style syntaxique et grammatical propre à chacun des informateurs afin de préserver l'authenticité de leur discours et minimiser les erreurs d'interprétation des données.
Dans un souci de préservation de l'anonymat, des éléments du discours pouvant permettre d'identifier les informateurs ou leur médecin ont été supprimés dans la retranscription.

C. Synthèse interprétative

1. Se sentir vieillir

a) La peur du déclin

Les participants se sont exprimés au sujet du vieillissement, des conséquences sur leurs activités. On retrouve une rupture avec *« auparavant »* on a *« plus la même activité plus les mêmes dépenses (...) il y a des gestes que l'on ne peut plus faire »* (E4). Un participant affirme que *« la marche c'est plus possible »* et décrit une forme de déclin physique *« sachant qu'un jour on est obligé de redescendre un peu »* (E3). Le déclin physique peut devenir un facteur de démobilisation en fonction

de l'activité pratiquée : *« j'aimerai faire du vélo mais là j'ai un problème d'oreille interne donc je peux pas »* (E9). Cette limitation fait suite à la peur de chuter ou de se blesser « *Je faisais du vélo avant, il y a 2 ou 3 ans je faisais du vélo de route et puis je suis tombé une ou deux fois j'ai failli me faire écraser* » (E2).

L'appréhension du déclin en revanche va être mobilisatrice pour certains « *il faut que je le fasse parce que je vais me laisser aller autrement* », il s'agit de préserver son autonomie puisqu'*« être autonome* » permettrait de « *rester en bonne santé* » (E6). L'activité serait un moyen d'y parvenir « *c'est sûr, ça entretient ça peu préserver* » (E3). Conserver son autonomie va avoir des répercussions sur la perception de son corps : « *parce que sinon si on est empoté on n' est pas bien dans sa peau on se dit : comment je deviens ?* »(E2).

L'apparition d'un problème de santé dans d'autres cas va justifier la pratique « *j'étais pas diabétique à ce moment-là maintenant que je le suis il faut que j'en fasse un peu plus* » par peur d'aggraver la maladie « *je veux pas passer à la piqure ... Donc ça passe aussi par l'activité physique* » (E9). En revanche la croyance dans les bénéfices d'une activité sur leur maladie « *se soigner c'est prendre soin de soi c'est bouger* » (E7) ne suffit pas toujours à pratiquer. Chez ce participant l'appréciation de la gravité de la maladie ainsi que la présence ou non de symptômes pourraient être modulateur de sa pratique. Lorsqu'il évoque les problèmes de lombalgie la pratique des exercices devient évidente « *donc c'est pareil quand j'ai mal je les fait* » après amélioration des symptômes elle ne l'est plus « *je les fait pas aussi régulièrement que je devrais le faire* » (E7).

Ensuite, il est évoqué une nécessité de « *s'écouter un peu à partir d'un certain âge* » de ne plus se comporter « *comme quand on a 20 ans c'est à dire plus on en faisait, mieux c'était* » au risque d'en souffrir : « *je me rendais compte la nuit que je me réveillais avec des crampes partout* » (E10). Il serait alors important de connaître et d'accepter les limites « *je fais des exercices pas comme avant mais j'essaie* » (E4). Être attentif à soi serait un moyen de se préserver du déclin « *pour être autonome faut être en bonne santé et pour être en bonne santé faut faire attention à soi*» (E6).

b) Les représentations des effets de l'AP

La connaissance des bienfaits d'une activité sur sa maladie peut être un déclic à pratiquer *« j'avais vu que c'était bon dans le cadre d'une BPCO* » (E2). Il y a aussi la connaissance de son impact sur le maintien d'une autonomie dans la vie quotidienne « *pour bouger ne serait-ce que pour bouger monter les escaliers (…) marcher (...) et tout ça au quotidien*» (E6), et l'inactivité diminuerait alors les

capacités « *si je bougeais pas si je faisais rien je serais encore plus handicapée* » (E1). Il y a aussi la connaissance de la réversibilité des incapacités décrite par plusieurs informateurs « *je suis convaincu qu'on peut récupérer plein de choses à condition de les pratiquer* » (E10). Notamment concernant le déclin cognitif, le travail de la mémoire est apparu comme un argument supplémentaire à la pratique pour certains : « *ça fait travailler aussi la mémoire parce que se rappeler quand on fait 7 ou 8 exercices et qu'on passe de l'un à l'autre. On a beau y être passé la fois d'avant on se rappelle plus ce qu'il faut faire* ». En sachant que cet informateur confiait avoir stoppé son poste d'encadrant dans un club *« j'ai rendu mon tablier parce que je perds la tête et j'en suis conscient* » (E5). Le déclin cognitif l'avait démobilisé de son activité qu'il n'estimait plus adaptée à ses capacités.

Les croyances de chacun envers les répercussions de la pratique sur la douleur physique vont influencer la mobilisation. La peur de la douleur a été évoquée par des informateurs, elle peut limiter la pratique « *disons que ça peut me dissuader d'aller marcher ça c'est sûr* » (E2). Elle va démobiliser « *si j'ai mal au bout d'un moment je vais avoir de plus en plus mal et on fait moins d'effort* » (E4), et pour certains elle sera perçue comme une difficulté supplémentaire à pratiquer : « *j'ai l'arthrose donc maintenant je peinerai quand même* » (E3). Pour d'autres la présence des douleurs n'est pas limitant « *je la fais quand même hein même si j'ai un peu mal* » (E1), et la pratique aurait un effet positif « *quand on est rentré dans le jeu, j'ai l'impression que ça améliore les douleurs* » (E2). L'appréhension à pratiquer serait levée par l'encadrement, cela permet « *d'aller un petit peu au-delà de la douleur mais sans forcer* » (E7).

Un *« bien-être »* (E1) général provoqué par la pratique est évoqué « *on est tout à fait convaincu des bénéfices de l'exercice à la fois pour le physique et pour le mental* » (E7). L'activité va « *faire du bien* » et ainsi provoquer l'envie de pratiquer : *« j'y allais même si j'étais pas en super forme parce que ça me faisait du bien »* (E8). On s'accorde sur l'impact d'une activité sur le moral, une participante notamment en expliquant avoir convaincu une amie de l'accompagner à une *activité « ça lui fera du bien aussi moralement parce que ça fait du bien de se dépenser»* (E9), une autre au sujet de patients douloureux chroniques : « *ça peut leur faire du bien moralement de les faire bouger de les faire penser à autre chose »* (E1).

2. Un combat pour maitriser le vieillissement

a) Un engagement personnel

La notion de combat est évoquée dans la volonté d'être actif « *parce que je ne veux pas m'avouer battu* » (E3), pour se maintenir et retarder la fin de vie *« faut garder l'activité sinon on s'ankylose et on dégénère très vite on régresse mais c'est incroyable (...) si je m'arrête heu le cercueil est pas loin»* et cela nécessite de faire des efforts *« on s'accroche aux branches, faut rester en forme »* (E5). Alors qu'il serait plus facile pour certains de ne pas le faire *« parce qu'il y a des moments où on n'a pas trop envie»,* la connaissance des bienfaits forcerait la pratique « *il faut oui je sais qu'il faut donc je me force un peu (...) il faut se donner un peu de mal* » (E8). D'autres vont avoir la certitude que leur pratique permet d'éviter une aggravation : *« le matin je fais parce que j'ai déjà été opéré une fois je veux pas être opéré deux fois alors vaut mieux faire un petit peu d'exercice »*, mais aussi que le traitement médicamenteux ne suffit pas : *« je ne me contente pas des médicaments faut absolument que je bouge »* (E3). Alors que pour d'autres il va apparaitre comme une solution de *facilité « un moment donné on se réfugie derrière les médicaments »* (E7)

On a trouvé au cours des entretiens la volonté de faire de l'activité physique une routine, que *« cela devienne une habitude de vie »* (E6), puisque pour certains les bénéfices de la pratique dépendraient de sa régularité *« faire régulièrement de l'exercice physique au-delà d'une demi-heure ce sera bénéfique à tous les niveaux »* (E7). Le plaisir à pratiquer pour maintenir l'activité apparait nécessaire pour cet informateur *« il faut que cela devienne pour moi un plaisir parce que si c'est vu comme une astreinte je tiendrais pas longtemps »* (E7). Paradoxalement la participation au programme a été vu par une participante comme une *« opportunité »* de briser une certaine routine d'activité *« refaire de la gym plutôt que de faire tout le temps de la marche »* (E8). La notion de routine sous-entendue dans l'absence de variété de l'activité peut être démobilisatrice sur la durée *« faire toujours pareil, moi j'ai horreur de ça (...) il fallait que je change. Je me lasse vite moi »* (E9)

« *L'utilité* » (E5) a été décrite par certains dans leur rapport à la pratique d'une activité. Pour une participante qui « *resterait facilement sur le canapé* » l'utilité va être mobilisatrice *« comme j'amène une copine alors je suis obligée, parce que la pauvre elle aussi elle veut y aller »* (E9). Ce sentiment est *« appréciable »* pour un participant, lors d'une pratique en groupe, il se sent *« obligé de les aider un petit peu »* et cela renvoie à son activité passée « *moi à l 'hôpital j'aidais les gens donc ça me convenait »* (E3). Un autre informateur expliquera que cette utilité sociale a conditionné son

engagement régulier dans une pratique *« à l'époque en marche à pied il y avait beaucoup plus de femmes que d'hommes on pouvait pas les larguer comme ça dans la forêt, je connaissais très bien le coin (...) je suis le 1er à avoir passé le BAFA d'animateur »* (E5).

L'engagement dans la pratique est conditionné par un objectif à pratiquer. Pour certains c'est de maigrir *« La motivation c'est de perdre du poids. C'est ça l'essentiel pour moi »* (E2) ou la maladie *« je veux essayer pour diminuer encore mon diabète »* (E9). S'approcher de son objectif va alors être mobilisateur *« je vais reprendre courage parce que je vais voir dans ma courbe de poids qui va descendre tout de suite »* (E2). A l'inverse ne pas observer *« encore les effets »* peut démobiliser *« ça m'a un peu démotivé »* (E7). Ensuite l'objectif peut évoluer dans le temps, en fonction des progrès observés. Par exemple pour une informatrice dont l'objectif était de le faire pour son médecin *« j'y allais pour faire plaisir à Mme M c'était vraiment pour lui faire plaisir»* puis elle expliquera avoir espéré *« reprendre goût »* à l'activité au cours du programme (E6).

b) Les bénéfices de l'engagement

Il y a eu pour certains informateurs un bénéfice ressenti au terme du programme, un des participants a pu mesurer les progrès sur sa souplesse *« se tenir avec les mains dans le dos moi je n'y arrivais pas j'avais un écart entre les mains de 30 cm et à la fin j'en avais plus que 10 »* et il affirmera que *« c'est grâce au programme il n'y a pas de doute parce que j'ai pas fait autre chose j'ai pas rajeuni donc c'est grâce au programme »* (E10). Pour une autre il était plutôt question d'éducation posturale *« ce n'est pas tellement se remuscler mais c'est plus tenir des meilleurs positions »* (E8).

En revanche dans le cas d'une participante dont l'objectif principal était d'améliorer les douleurs, elle n'avait pas ressenti d'amélioration : *« j'ai toujours aussi mal après ».* Mais elle pratique *« quand même »* puisqu'elle y trouve des bénéfices secondaires *« parce que le peu que je fais mes muscles se contractent plus mes articulations (...) donc ça rend service hein je reconnais que ça me rend service »* (E1). Il y avait l'absence d'amélioration du diabète pour un participant, il s'est senti *« un peu démotivé (...) de faire le yoyo »* mais reconnait que *« ça faisait du bien à la fois physiquement et mentalement d'aller prendre l'air de marcher ça permettait d'évacuer »* (E7).

La participation au programme aurait permis à certains informateurs de reprendre confiance en leurs capacités indépendamment de leur objectif principal *« ça m'a donné l'impression que j'ai encore quelques possibilités donc c'est déjà pas mal »* (E4). Cette réassurance au fur et à mesure de la

pratique leur offre une satisfaction personnelle *« je sortais contente »* (E8), un sentiment de victoire sur soi-même *« m'apercevoir en fait que je suis capable (...) que j'y arrive (...) je suis contente de l'avoir fait ».* La satisfaction à l'issue de ce programme lui aurait permis de se *« relancer dans une activité »* (E6). On évoque un *« déclic qui a permis de le faire »* lorsque l'informateur relate son inscription dans un club à la suite du programme *« même si ça me trottait dans la tête »* (E8). En revanche le progrès ressenti pour un participant qui avait fait le programme deux ans auparavant *« après j'allai me promener régulièrement toutes les semaines »*, n'a pas suffi pour inscrire une activité dans la durée *« actuellement, je marche un petit peu très peu »* (E2).

Des facteurs psychologiques vont influencer la combativité. Par *exemple « un mal être chez beaucoup»* (E7) apparait comme un obstacle à la pratique et *« entraine la sédentarité »* (E7). La dépression, *« le moral »* est pointé du doigt par un participant *« c'est un frein parce que quand je fais quelque chose je fais un effort je suis content de l'avoir fait mais pour l'entreprendre et le faire pour moi c'est (il souffle) »* (E2). La maladie bipolaire a chez ce participant influencé la poursuite de l'activité jugée trop intense *« l'intensité est tellement forte (...) ça me déclenchait des crises d'excitation et après je revenais malade donc voilà après j'ai pas continué »* (E2).

3. L'engagement au programme d'APA

a) Une chronologie

Avant de débuter les activités il y avait une évaluation initiale des capacités du participant *« faire une évaluation savoir tous les systèmes qu'ils nous font faire, marcher, écraser avec le poignet »* (E1) puis il était orienté dans un groupe adapté à ses capacités. La répartition par *« petits groupes de niveaux »* a été relevée, *« on mettait pas un type qui allait faire les JO avec un vieux sorti du cercueil »* (E10). Le programme apparaissait adapté aux capacités des participants *« on peut demander à des gens de préparer un geste qui soit différent des autres »* (E4) Initialement les participants étaient regroupés par pathologies ce qui engendrait un trop grand écart entre les participants et cela pouvait être mal vécu *« il y en avait qui s'arrêtaient pour s'asseoir sur les bancs c'était dur il y a des gens qui n'auraient pas dû être là »* (E3). L'intensité trop forte d'une activité va être décourageante pour certains *« dans le lot il y en a qui se sont découragés assez vite quand même oui je me souviens d'une participante qui lorsqu'on a fait la marche de 5 km elle était à bout peut être à la moitié et on l'a jamais revu »* (E5). Alors que l'activité considérée comme *« un peu soft »* est préférée, *« il vaut mieux (...) pour des personnes qui sont âgées ou très malades (...) à partir du moment où quelqu'un*

qui veut accélérer il a la possibilité de faire ça chez lui » (E10). L'activité adaptée à ses capacités *« on peut aller à son rythme d'avantage »* (E2), est préférée en comparaison à la pratique d'un sport qui peut être considérée comme trop intense *« j'allais pas être dans une salle de sport ou il fallait faire vous voyez quelque chose de trop difficile, je me suis dit que ça allait être adapté à ma condition»* (E10).

Le dernier mois du programme, l'encadrant a fait découvrir différentes activités dans les clubs partenaires afin d'assurer le relais à l'issue du programme. La possibilité de *« faire découvrir des activités »* est apparue pour certains bénéfique *« parce que ça donne des idées qu'on n'a pas forcément »* (E8). Il y a aussi une envie d'avoir la liberté de décider *« pouvoir connaître différentes activités et de pouvoir faire le choix »* (E7). *« Il faut trouver la bonne activité »* (E6) puisque tester une activité permet de découvrir des barrières à sa pratique comme le relève une participante, *« l'aquabike ça m'a beaucoup plu mais l'idée d'aller me mettre en maillot de sortir avec les cheveux mouillés et d'avoir froid ça m'a freiné »* (E8) ou encore lorsqu'une patiente évoque l'aviron *« je me suis rendue compte que c'était pas pour moi c'était trop violent »* (E6). Et pour d'autres cela permet de découvrir une activité plus adaptée à son objectif *« la piscine m'offre plus de solutions »* (E4) ou encore de se rassurer sur les capacités *« on s'aperçoit qu'il y en a forcément un où on peut y arriver »* (E6)

En revanche le relais n'est pas apparu si évident pour les participants. Plusieurs ne se sont pas réinscrits il y avait la sensation d'être assez actif pour leur âge *« et puis des fois je vais à la SPA promener les chiens. Et puis bon j'ai plus l'âge de courir »* (E3) et pour d'autres à priori la barrière de l'inconnu n'avait pas été levée *« j'ai pas envie de recommencer à faire de la gym en dehors »* (E1). Mais pour quelques informateurs, la découverte d'une activité adaptée a permis de poursuivre *«Pendant ce programme on avait une séance en piscine et ça je pense que c'est très bien donc c'est pour ça que j'en refait maintenant »* (E4). L'envie de continuer à l'issue du programme était présente: « *J'ai beaucoup aimé ces essais de plusieurs sports et alors du coup après j'ai dit je vais continuer quand même à faire du sport »* mais la réalisation est plus complexe, et des facteurs socio-environnementaux peuvent influencer, *« là m'inscrire au mois de mai ça rime à rien. ça va fermer pendant l'été et puis l'été il y a la mer je vais nager à la mer »* (E6).

b) Des acteurs entourant le programme

- L'enseignant APA

Un certain nombre de qualités portées par l'enseignant ont impacté le vécu de l'activité. Une attention pour chaque participant est appréciée, le fait d'être *« attentive à ce que chaque personne fasse bien le mouvement (...) cette qualité c'est important »* (E6). Cette attention particulière apportait une dimension sécurisante pour les participants *« elle était attentive à nous faire prendre de bonnes positions »* (E5). L'encadrant tranquillise le participant dans sa pratique *« on se dit est ce que en continuant je vais pas aggraver la chose vous voyez donc on a besoin d'être rassuré »* (E7).

Il a été décrit d'autre part l'importance pour l'enseignant de fédérer *« elle a su créer une ambiance on se tutoyait on était bien »* (E8) et de s'attacher à ce que le participant soit à l'aise *« elle faisait pas de jugement si on loupait un truc (...) elle était vraiment très positive »* (E6). L'enseignant se doit pour certains d'être *« vraiment dynamique »* (E1) afin de les encourager, de *« motiver celles qui avaient tendance un peu à flancher »* (E6), de renforcer la combativité.

Les compétences pédagogiques ont été relevées *« elle nous expliquait bien »* (E3) pour un informateur ce serait même l'unique compétence nécessaire pour encadrer *« il suffit de savoir montrer et de savoir corriger »* (E10). Il y a aussi la notion de temps donné à l'explication, ce temps est apparu important chez un participant pour son adhésion à une activité dans un club proposé en relais au programme « *ce qui est dommage dans le club c'est qu'ils vont trop vite, elle vous dit allez, vous vous mettez là on fait comme ci on fait comme ça et on y va ! vous vous retrouvez au milieu en vous disant qu'est-ce qu'elle a dit »* (E5). Il était important pour les informateurs que l'enseignant *« s'adaptait à chacun »* (E6), *« c'était vraiment du cas par cas avec elle »* (E7) et cela était sécurisant pour certains *« elle devait s'adapter au cas par cas donc rassurant »* (E8).

En contrepartie, la relation de confiance créée entre l'enseignant et le participant peut engendrer une déception et un sentiment d'abandon si l'enseignant est amené à changer : *« du coup on a arrêté et on a attendu qu'elle nous rappelle puis le temps est passé »* (E3), *« Bon sur la fin ça s'est un peu... pas mal terminé mais difficilement disons on a eu des séances d'annulées et puis pour évaluer la fin du stage c'est un collègue qui est venu pour nous faire marcher* » (E1).

- Le groupe

L'influence du groupe dans l'adhésion à la pratique a été décrite à plusieurs reprises. Les informateurs s'accordent sur le fait qu'il n'y a *« pas de compétition »* mais seulement *« de l'activité physique (...) chacun fait comme il peut »* (E5). Un informateur explique : *« il n'y a pas de concurrence entre nous ça n'existe pas ça »* (E4). Pour certains cette absence de compétition est due aux problèmes de santé des participants *« on sait qu'on est là pour ça qu'on est tous dans la même galère »* (E10) et c'était un critère d'appréciation du programme pour une informatrice « *ce côté pas de compétition on est là pour se faire du bien* » (E8).

En revanche la pratique en groupe va tout de même renforcer la combativité et de ce fait aider à pratiquer : *« y a un bon esprit on s'entraidait »* (E6). Pratiquer à plusieurs serait plus *« stimulant et encourageant »* (E7) alors que *« de le faire chez soi c'est moins motivant »* (E6). Pour cette dernière c'est une condition à la pratique *« Si je reprends le sport ce sera en groupe mais toute seule non je ferais rien »* (E6). Pour certains on ferait *« des efforts »* qu'on ne *« fait pas chez soi »* (E1). On essaierait *« d'aller au-delà de ses limites »* (E8).

En revanche cette combativité serait dépendante du nombre de participants au sein du groupe. Le petit nombre faciliterait les relations entre les participants *« c'était des petits groupes ce qui fait qu'on finissait par heu c'était un groupe sympa »* (E6) et impacterait sur l'appréciation de l'activité *« ça suffisait dix ça va c'était bien hein personne rouspétait »* (E3). Un trop grand nombre de participant aurait des répercussions sur la réalisation des exercices *« ça marche pas quand on est trop nombreux on discute (...) on écoute pas les consignes »* (E7) et cela empêcherait l'encadrement au cas par cas : *« bon on n'est pas nombreux elle nous regarde on est bien suivi »* (E5) pour certains cette attention particulière aurait influencé leur participation *« c'était pas 50 parce que ça je l'aurai pas fait parce que le prof de gym peut pas être attentif »* (E6)

Au sein d'un groupe il y a aussi le regard porté sur l'autre qui entraine une réassurance sur soi-même *« moi ça m'a fait du bien parce que heu de voir que j'étais quand même pas si mal que ça ! »* (E5) sur ses capacités *« puis les autres savaient pas faire mieux que moi »* (E6). Et pour certains cela permet de rompre avec le sentiment de solitude perçu face à la maladie : *« ça permet de voir d'autres gens qui ont les mêmes problèmes que soi ou d'autres problèmes et ça aide à comprendre qu'on est pas tout seul »* (E4). En revanche la peur du regard de l'autre va complexifier la démarche de pratiquer en groupe. Une informatrice évoque la difficulté de se rendre à la 1ère séance par son manque d'estime de soi *« j'ai dit hou lala je vais être complètement gourde là »* le regard des autres fait peur *« on se dit sur qui on va tomber parce que je savais que c'était que des gens en difficultés »* (E6). Puis elle

confiera ne pas s'être inscrite dans un club à l'issu du programme puisqu'elle partait un mois à l'étranger et craignait un jugement des participants *« j'allais pas m'inscrire ils se seraient dit elle est pas sérieuse »* (E6). Se montrer en difficulté va être démobilisateur pour un autre « *si c'est trop dur pour moi (...) parce que moi je veux pas dire que je suis malade»* (E3) lorsqu'on lui demande pour quelles raisons il ne pourrait pas pratiquer.

La pratique en groupe va renforcer le tissu social notamment compte tenu du statut de retraités des informateurs *« les gens viennent ici prendre la retraite mais ils ont aucune connaissance donc ça peut recréer des liens sociaux »* (E5). Ce serait un moyen de rompre avec la solitude *« le plus dur c'est quand on est tout seul à la maison (...) ça donnait l'occasion d'être en groupe c'était plutôt sympa »* (E3). Cela a été ressenti comme un bénéfice supplémentaire pour certains *« en plus des bénéfices de la gym ça permet de rencontrer du monde on échange et voilà ça fait du bien »* (E7). Certains avaient ressenti un lien plutôt solide *« à la fin on a même fait un repas ensemble »* (E8) alors que pour d'autres il est apparu superficiel *« ça fait des connaissances en plus mais on va pas chez eux hein »* (E3).

En revanche en fonction de la personnalité du participant le groupe peut apparaitre comme un frein à continuer *« si je ne me sens pas bien dans le groupe je peux arrêter à cause de ça »* (E6) ou même un frein à initier par exemple pour un informateur qui avait une *« appréhension à aller faire du sport »* puisqu'il *« déteste les groupes »*. Il justifiera cette dépréciation par un tempérament solitaire *« je suis un peu ours »* et on comprendra lorsqu'il nous expliquera son relais d'activité à l'issue du programme que sa participation n'était pas motivée par la pratique en groupe *« au lieu de les faire en groupe sous forme de petits jeux pour papi »* mais par l'encadrement d'un professionnel *« je vais chez un kiné (...) je le fais tout seul dans mon coin il m'a montré »* (E10).

- Le médecin

La place du médecin généraliste dans le cadre du programme n'est pas apparue évidente lors des entretiens. Des informateurs avaient consulté leur médecin pour un certificat de non contre-indication à la pratique ou alors on informait de la participation au programme « *je lui dis que j'ai repris la gym il dit ah c'est très bien voilà »* (E1).

Le rôle d'informateur sur l'indication à pratiquer est décrit puisqu'ils ont *« quand même une connaissance »* (E7) et selon certains le médecin conserve une figure d'autorité : *« le médecin on l'écoute »* (E8). Il se place en *« référent »* de la santé *« je pense qu'effectivement si le médecin dès le*

départ me dit voilà c'est vraiment essentiel » (E5) et c'est lui qui pose l'indication *« s'il pense que j'en ai besoin je le fait »,* cela suffirait pour certains à mobiliser *« même si je suis pas tout à fait motivé »* (E6). Il y a une dimension sécurisante dans la relation médecin/patient *« Il m'a dit ouais tu peux y aller, pas de soucis* » puisque le médecin lorsqu'il prescrit *« il précise la possibilité de faire »* (E5). En revanche l'information de l'existence du programme n'était pas délivrée par le médecin généraliste.

Dans le cas d'une informatrice la place du médecin hospitalier dans son engagement à pratiquer était importante puisqu'elle avouera avoir participé au programme *« pour faire plaisir »* à son médecin par peur de l'abandon *« je me suis dit elle va me laisser tomber faut que je me secoue »* (E6) Il y avait une forme de contrat moral passé avec ce médecin pour entretenir la relation de soin.

Un *« suivi »* est évoqué au sujet de l'engagement à une activité dans le contexte de leur maladie, faisant appel à l'autorité du médecin généraliste *« un rappel à l'ordre et à la limite avec tout le tact et en même temps la fermeté nécessaire en disant attention vous allez dans le mur »* (E7). Le médecin généraliste aurait *« un grand rôle (...) d'accompagnant d'une maladie »* à travers l'éducation du patient *« sur le fait de garder le moral, la forme, de bien se nourrir »* (E8). Le suivi pourrait renforcer l'adhésion du patient, mais ce *« rappel à l'ordre »* se doit pour certains d'être adapté à *« chaque personne »* puisque chacun à *« sa manière de faire les choses (...) sa personnalité »* (E5). La compréhension du patient apparait nécessaire pour convaincre un individu de pratiquer *« il faut savoir pourquoi il refuse, quels sont ses freins* » (E8).

- L'influence de « l'entourage »

La présence d'un accompagnant apparait comme un aidant à la pratique *« c'était quand même plus agréable de pouvoir le faire ensemble »* cela permet de s'encourager mutuellement *« Des jours où ma femme n'avait pas envie et je la poussais et inversement ».* En revanche cela peut être démobilisateur lorsque l'accompagnant ne peut plus pratiquer *« ma femme s'est blessée à l'épaule à ce moment-là et puis bon tout seul c'est pas forcément évident »* (E7). Les obligations familiales peuvent là aussi complexifier la pratique *« j'ai dû m'occuper de ma mère j'ai pas fait pendant 5 ans »* (E6).

Le compagnon de vie aurait un rôle primordial dans la mobilisation, par exemple pour un participant qui pratiquait chez lui grâce à son épouse *« avec mon épouse qui me les faisait refaire (...) oui elle me coache elle me fait à manger comme il faut»* (E2) , dans la régularité de la pratique *« tous les jours on faisait quelque chose avec mon mari »* (E8) ou encore pour la réassurance sur les capacités *« ma femme là-dessus est très sympa on vient de partir 3 semaines à Chypre où on a marché on est allé*

voir des ruines je me croyais totalement incapable » (E10). Une participante admet que c'est le regard de son entourage proche qui va avoir une importance dans son engagement *« pour montrer à ma fille que j'avais fait des progrès »* (E6) En revanche pour d'autres le compagnon n'a aucune place dans la mobilisation *« On me dit allez marcher avec votre mari mais j'ai pas envie ! moi j'aime bien être indépendante »* (E9).

- Les facteurs d'accessibilité

Plusieurs facteurs ont été décrits comme influençant l'accessibilité à l'activité. Par exemple le coût d'une activité va être un frein à la pratique selon plusieurs informateurs, puisque *« s'inscrire dans une activité ça coûte un peu »* (E9). La gratuité du programme apparaissait comme un argument supplémentaire à y participer *« en plus c'est gratuit »* (E9). Mais pour d'autres le prix *« n'est pas ce qui pose problème »* puisque cette informatrice serait *« inscrite à quelque chose de payant »* (E8). Une autre évoquait son souhait il y a quelques années de participer à un programme « *gratuit* » : *« Je suis pas sur la commune j'ai pas le droit, il y a pleins de trucs gratuits en plus »* mais au terme du programme en discutant des différents clubs ou elle pensait s'inscrire le coût de l'activité n'avait à priori plus d'importance *« je ne me suis même pas renseignée sur le prix »* (E6). En revanche selon certains ce facteur serait *« un déclic »* pour inciter les personnes à pratiquer *« la seule façon de changer c'est le déclic et le déclic ça peut être le prix »* (E10).

Ensuite on va retrouver le facteur temps *« je n'avais pas le temps, je travaillais »* (E5). Il est question de priorisation des activités notamment lorsque l'on évoque la période de vie active *« une époque où je travaillais j'avais d'autres choses à faire »* (E8) l'activité physique n'était pas la priorité. Des problèmes familiaux peuvent influer sur la perception du temps disponible à la pratique : *« on avait une vie relativement mouvementée (...) on se laisse envahir par autre chose »* (E7).

Il y a aussi la météo qui influence la pratique *« s'il pleut on n'y va pas, s'il fait froid on n'y va pas »* ce participant a trouvé la solution pour pallier à ce frein. Il pratique chez un kiné *« du coup j'ai un rendez-vous donc je vais y aller (...) c'est un engagement »* (E10). Pour d'autre le froid peut être démobilisateur *« j'ai vraiment un frein qui est de me mettre en maillot de bain en hiver et d'avoir froid »* (E8) le choix de l'activité est ici primordial.

Le moyen de transport peut limiter l'accessibilité à la pratique. Parmi les participants, un seul ne possédait pas de véhicule *« maintenant je prends le bus ».* Il ne déclarait pas se sentir pénalisé pour

ses activités quotidiennes, il y trouvait un bénéfice pratique *« je suis content au contraire il passe devant chez moi »* Il est conscient de maintenant dépendre des horaires des transports en commun ou alors d'une tierce personne par exemple s'il avait participé au programme pendant la période de l'entretien *« j'aurai le problème que j'ai pas de voiture donc faudrait venir me chercher»* en revanche il pense avoir les ressources pour dépasser cet obstacle *« Mais j'essaierai de trouver un truc dans le coin »* (E3). La voiture peut faciliter la participation à une activité, en revanche selon une participante elle serait démobilisatrice à la pratique de la marche *« je voudrais marcher un peu plus mais bon comme j'ai la voiture »* (E9)

IV. DISCUSSION

Les résultats observés ont confirmé l'aspect plurifactoriel de l'engagement dans une pratique, décrit à plusieurs reprises dans la littérature. Ces résultats ont permis de dégager deux axes principaux qui serviront de base à la discussion : les modérateurs individuels à l'engagement dans la pratique propres aux sujets âgés et leurs modérateurs socio-environnementaux explorés à travers le programme d'APA. (annexe 5)

A. Analyse des résultats principaux

1. Les modérateurs individuels

a) De l'observation du déclin à l'engagement individuel

L'âge du passage à la retraite à travers la rupture avec le monde actif s'inscrit comme norme de la vieillesse. On se rend compte à travers les différents entretiens que les représentations de la vieillesse vont influencer l'engagement dans une pratique d'activité physique adaptée. D'après une étude sociologique sur le vieillissement et le souci du corps de l'antiquité à aujourd'hui, la peur de la vieillesse a toujours conduit à chercher des remèdes pour la repousser. L'activité physique régulière faisait déjà partie d'un ensemble de règles de bonnes conduites et était conseillée comme un moyen de retarder le vieillissement (31). Dans notre étude, les informateurs avaient intégré les conséquences physiques et cognitives du vieillissement, ils étaient conscients de leur propre déclin. Il en découle un désir de prendre soin de soi dans le but de ralentir ce déclin. La préservation de sa santé apparaît dans notre étude comme un motivateur à la pratique et ceci est corroboré notamment par une étude qualitative menée sur des sujets âgés pratiquants volontairement une activité régulière (23). Les informateurs de notre étude paraissaient avoir les connaissances et intégrer la relation entre l'activité physique et leur santé. Ce qui vient nuancer les résultats d'une revue de la littérature étrangère décrivant le manque de compréhension de l'impact de l'exercice, comme un frein à la pratique chez les personnes âgées. (13). Selon le modèle des croyances relatives à la santé[4] la conscience des risques de la sédentarité pour sa santé et la connaissance de la

[4] théorie de prédiction d'adoption d'un comportement très utilisé par les professionnels de santé, a fait son apparition vers 1950

diminution de ces risques par la pratique d'une activité physique régulière suffirait à faire pratiquer une personne. Cela suppose que la personne considère la santé comme une dimension importante de sa vie.

À travers notre étude on met en évidence, une responsabilité individuelle dans le rapport au vieillissement. Les informateurs évoquent le devoir de chacun à agir pour sa santé et de faire preuve de combativité pour ralentir ce déclin. La nécessité de redoubler d'efforts et de volonté pour éloigner la vieillesse avait été relevée dans une étude sur le parcours sportif des seniors (32).

On peut noter une différence entre la connaissance des effets d'une activité sur le déclin et le vécu personnel de ce déclin ou de la maladie dans la mobilisation. Notre étude a mis en évidence que l'absence de symptômes physiques de la maladie chronique associée à une surveillance biologique rassurante puisse être démobilisatrice. À l'inverse l'inquiétude pour sa santé et l'observation des effets bénéfiques des exercices sur ses symptômes va motiver. On va observer le concept de « regret anticipé » : le regret qu'une personne anticipe si elle n'adopte pas le comportement. Cela va être mobilisateur mais suppose d'avoir observé personnellement les conséquences du comportement adopté (33).

b) Des facteurs qui influencent la combativité

Plusieurs facteurs ont été isolés au fil des entretiens comme complexifiant la volonté d'agir.

Les douleurs physiques et morales peuvent être vécues comme une barrière, notamment les douleurs chroniques ou encore la peur de se blesser durant la pratique d'une activité. Cette notion de douleur physique a été décrite dans plusieurs études quantitatives cherchant à déterminer les freins à pratiquer (14,34,35). La douleur physique a été reconnue comme barrière chez certains informateurs, or il n'a pas été décrit de douleurs majorées ou encore de blessures durant le programme d'APA. Plusieurs informateurs ont expliqué avoir eu la sensation d'une amélioration de leurs douleurs articulaires notamment, même si il va y avoir une appréhension à initier l'activité. On retrouve la découverte de la pratique dans l'eau pour certains, qui s'est avérée confortable et ayant améliorée les douleurs. Une étude évaluant l'impact d'un programme en piscine ou à vélo pendant 3 mois sur les douleurs de patients arthrosiques semble conforter cette impression (36). Peu de travaux ont cherché à déterminer l'impact d'une activité physique adaptée sur les douleurs chroniques des personnes âgées.

On va cependant retrouver une relation étroite entre l'état de santé général, la douleur, les capacités physiques diminuées et la souffrance psychologique. Ainsi une étude met en évidence l'impact du moral sur le ressenti des barrières à pratiquer (23). Initier une action va demander des efforts supplémentaires et paraître insurmontable pour la personne. Cela a été relevé dans notre étude et de ce fait se pose la question d'un accompagnement psychologique chez ces patients. Améliorer l'état psychologique pourrait positionner le patient en état d'envisager une activité physique. Paradoxalement, l'étude a aussi mis en évidence les bénéfices ressentis de la participation au programme sur le moral puisqu'il aurait eu pour effet de revaloriser l'estime de soi et entrainé un sentiment de fierté, d'accomplissement. Les bénéfices psychologiques d'une activité ont été relevés dans la littérature (37-39). Des recherches supplémentaires, étudiant la quantité nécessaire d'activité ainsi que son intensité pour observer une amélioration optimale des symptômes et en conserver les bénéfices sur la durée, seraient intéressantes.

Notre étude a montré l'influence d'une activité sur la maladie bipolaire. Une activité trop intense peut être responsable d'un déséquilibre sur le plan thymique. Elle peut déclencher des phases maniaques et donc empêcher la poursuite de la pratique. L'HAS préconise, dans un guide des recommandations de prise en charge des troubles bipolaires, la pratique d'une activité régulière (40). Des revues de la littérature ont cherché à déterminer les conséquences de l'activité sur les troubles bipolaires (41,42), et plusieurs études s'accordent sur l'amélioration des symptômes dépressifs et de la qualité de vie. Pour l'instant les preuves sont insuffisantes pour établir une relation de cause à effet entre l'humeur et l'exercice physique. Des essais randomisés seraient nécessaires pour clarifier cette relation. Une étude qualitative évoquera l'effet « épée à double tranchant » de l'activité sur les malades bipolaires. Malgré la sensation de régulateur de l'humeur d'une activité physique, l'évolution thymique peut modifier l'intensité de la pratique (ou inversement) et exacerber les symptômes (43). Il est donc essentiel qu'une activité soit adaptée et individualisée aux caractéristiques du patient. La connaissance des troubles par l'enseignant et l'adaptation de l'activité au cours de son évolution thymique pourraient contribuer au maintien de l'activité.

2. Modérateurs sociaux et environnementaux

a) Les conséquences d'un programme adapté sur la mobilisation

L'accès à un encadrant et l'adaptation des exercices sont des facilitateurs dans l'engagement à la poursuite d'une activité physique après un programme de réadaptation dans une population âgée (14). Notre étude a observé que cet exercice au sein d'un programme adapté est également considéré comme facilitant la pratique chez cette population, n'ayant pas bénéficié de programme de rééducation spécifique antérieurement. Nous avons observé au cours des entretiens la dimension sécurisante dans la réalisation d'exercices jugés sans danger par le participant puisque cela est proposé par des professionnels aptes à savoir ce qui lui est adapté ou non. Cette question de la sécurité a été décrite par une analyse des pratiques sportives des séniors. Ils semblent souvent partagés entre le désir de faire beaucoup d'activité pour se maintenir en forme et la réalité des blessures occasionnées par une pratique trop intensive (17). La sécurité perçue par les informateurs était dépendante de l'encadrement. Les qualités d'attention et d'adaptation à chaque participant étaient relevées et perçues comme un facilitateur supplémentaire dans la pratique. L'enseignant en APA va pouvoir renforcer la combativité des participants en encourageant mais aussi en proposant une activité adaptée à chacun.

La participation au programme a rassuré sur les capacités et ainsi donné le sentiment d'être capable de pratiquer une activité physique régulière. Ce sentiment est appelé le concept d'efficacité personnelle dans la théorie sociale cognitive (33). Il aurait pour conséquences que le participant investirait plus d'efforts pour surmonter les barrières rencontrées dans son engagement à la pratique. Définir une « expérience optimale » pour assurer le maintien de l'intérêt du participant dans la poursuite de ses efforts va être corrélée au niveau d'efficacité personnelle. Un sentiment d'efficacité personnelle faible sera découragé par une tâche jugée trop difficile. Cela a été décrit dans notre étude, il avait été relevé le confort des exercices considérés comme un peu « soft » mais avec la possibilité de les faire évoluer en difficulté sur les conseils de l'enseignant si le participant le désirait. On comprend que la répartition des participants par niveau apparaît essentielle pour maintenir le niveau de motivation. De plus ce sentiment d'efficacité personnelle est décrit comme un prédicteur robuste de maintien d'une activité physique, cela a été décrit dans une étude mettant en évidence les effets positifs d'un programme de gymnastique sur la confiance en ses capacités. En

retour, le sentiment d'efficacité personnelle contribue positivement au maintien de la pratique dix-huit mois plus tard (43). En revanche notre étude a observé que cette notion ne suffisait pas toujours pour maintenir une activité dans la durée, à distance du programme il y avait pour certains informateurs une diminution dans la régularité de leur pratique.

On observe une évolution de la motivation des informateurs entre le début et la fin du programme. Pour la majorité leur participation tenait à des facteurs de motivation extrinsèque[5]. C'est à dire qu'ils avaient un objectif, un but. Par exemple, la perte de poids pour certains ou s'entretenir pour d'autres. Au terme de ce programme, une motivation intrinsèque[6] s'était développée au fur et à mesure des séances puisque le « bien-être » ou encore le plaisir résultant de la pratique étaient décrits dans les entretiens. Ce serait le type de motivation le plus autodéterminé selon la théorie de l'autodétermination (33). Il prédirait un maintien du comportement dans le temps.

Le coût d'une activité a été relevé dans la littérature comme une barrière à la pratique des personnes âgées (17,23) spécifiquement pour celles aux plus faibles revenus (21). Cette barrière n'apparaissait pas si franche à travers les entretiens. Certains informateurs avaient apprécié la gratuité du programme et cela apparaissait comme un facilitateur supplémentaire. Or le renforcement de leur motivation intrinsèque pourrait avoir gommé la barrière du coût compte tenu de leur inscription payante à une activité à l'issu du programme.

Cependant les propos des informateurs montraient que le relais de l'activité n'était pas systématique. Cela vient donc nuancer la théorie de l'autodétermination dans le maintien de l'activité pour cette population.

b) Une pratique en groupe mobilisatrice ?

La représentation du « vieux actif » serait ce vers quoi il faudrait tendre pour conserver un rôle social (25). Cette notion d'utilité sociale a été évoquée durant les entretiens. On expliquait un sentiment de satisfaction lorsque l'on aidait ses partenaires dans le groupe d'activité. Il y a aussi l'engagement associatif qui peut assurer une activité régulière. La formation à la randonnée pour encadrer un groupe de retraités avait été définit comme un mode d'entrée dans une pratique

[5] Type de motivation selon laquelle une personne adopte un comportement pour des raisons externes à elle. Ce serait le penchant inverse de la motivation intrinsèque selon la théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan 1985)

[6] Type de motivation selon laquelle une personne adopte un comportement par pur plaisir, pour son inhérente satisfaction.

régulière et volontaire. L'utilité sociale apparaît ici comme un facteur de motivation extrinsèque supplémentaire. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'étude sur le lien entre le rôle social et la pratique.

En revanche l'intérêt social est décrit comme facilitateur à la pratique dans plusieurs études (21,23). Et en opposition la solitude, le manque de compagnie est énoncé comme un frein à pratiquer (15,24). Nous l'avons observé dans notre étude, l'absence d'accompagnant complexifiait la démarche de participer à une activité et l'interaction sociale est décrite comme mobilisatrice. La rupture sociale matérialisée par le passage en retraite est vécue difficilement. Selon certains informateurs elle est d'autant plus marquée dans la région puisque nombreuses sont les personnes âgées ayant déménagé ici pour prendre leur retraite. En sus de la perte de l'entourage lié à l'activité professionnelle il y a celle de l'entourage familial. La participation à une activité de groupe renforçait le tissu social et apparaissait comme une motivation supplémentaire à pratiquer. Les études menées sur les processus d'abandon montrent que les relations sociales et la convivialité jouent un rôle déterminant dans l'engagement et à contrario dans l'abandon des participants (17). Nous l'avons observé au cours des entretiens, il était décrit la possibilité d'abandonner l'activité si l'ambiance au sein du groupe n'était pas appréciée. On comprend que l'interaction avec les pairs va faciliter l'engagement au programme en contribuant au plaisir de l'exercice et de ce fait renforcer la motivation intrinsèque.

La pratique en groupe permet de rompre avec la solitude mais les informateurs évoquaient aussi l'influence des pairs sur la motivation. La pratique en groupe va encourager, aider à repousser ses limites. L'absence de compétition entre les participants ressentie par les informateurs au sein de ce programme était reconnue comme un argument supplémentaire à l'appréciation d'une activité en groupe. La notion du désengagement des séniors dans la pratique en compétition corrobore notre observation (17). Cependant, cette notion de compétitivité a pu être décrite comme motivateur à la pratique dans une étude qualitative centrée sur des patients âgées ayant une pratique régulière (23). La performance n'est plus une motivation prioritaire, elle est remplacée par la compétitivité face au vieillissement.

Dans notre étude, nous avons observé une réassurance ainsi qu'une amélioration de l'estime de soi suite à la pratique en groupe. Les informateurs se rassuraient de voir qu'ils n'étaient pas seuls face à la maladie ou alors qu'ils étaient encore « capables » pour leur âge, peut être autant que des participants plus jeunes. Il y avait alors une amélioration de l'âge subjectif suite à leur participation au sein du programme. L'âge subjectif est l'âge que se donne les individus. Bien que n'ayant pas fait l'objet de nombreuses investigations, des recherches récentes mettent en évidence une relation

positive entre l'âge subjectif et le sentiment d'efficacité personnelle pour l'activité physique et les intentions de pratique (45).

Au-delà de la maladie il y a aussi ce regard porté sur soi, le désir de conserver une dignité, faire le choix de l'image que l'on renvoie à l'entourage. Bien vieillir est certes échapper à la dépendance mais aussi « vieillir en beauté » (32). Cette démarche peut être vécue comme complexe car elle mêle d'une part le souhait de combattre le vieillissement, d'afficher une image jeune et d'autre part la réalité d'un corps qui vieillit, qu'il faut entretenir et surtout préserver. Nous l'avons observé dans notre étude lorsqu'il était évoqué le fait d'être être actif pour conserver son autonomie, mais ne pas vouloir se montrer en difficulté s'avère démobilisateur

c) Un accompagnement personnalisé pour un maintien dans le temps

La volonté d'une attention particulière autour de leur pratique était décrite au cours des entretiens compte tenu des capacités diminuées ressenties par les informateurs. Les conditions évoquées pour apprécier les bénéfices d'une activité appuyaient cette idée. Un enseignant disponible, pédagogue et bienveillant encadrant un petit nombre de participants afin d'assurer une activité au cas par cas apparait nécessaire. Ces conditions vont avoir un effet sur le maintien dans le temps de l'activité. Certains expliquaient avoir mis fin à une activité comptant un trop grand nombre de participants ou alors parce que l'encadrant n'était pas assez attentif à eux. Cette notion avait été relevée dans une étude sur une population diabétique cherchant à déterminer les facteurs de motivation et les barrières au maintien de l'activité. Il avait été mis en évidence le besoin d'un soutien social et d'un contact continu avec un spécialiste de l'activité pour améliorer leur motivation et élaborer des stratégies afin de maintenir la pratique (46).

Pour certains informateurs c'est le médecin spécialiste qui avait informé de l'existence du programme, de la possibilité voir de l'indication à y participer. Le médecin a été initiateur de la démarche et il a pu influencer le comportement des informateurs. Il est décrit dans notre étude la participation initiale au programme compte tenu des consignes de son médecin, par peur de rompre la relation de soin. A l'issu du programme le développement d'un sentiment d'efficacité personnel et de ce fait le renforcement de la motivation intrinsèque va faire évoluer la mobilisation. Le médecin généraliste a été très peu cité lors de la description du vécu du programme. L'évocation de leur médecin au cours des entretiens se limitait pour certains à l'avoir informé de leur participation, dans le but d'obtenir son approbation. Il conserve un rôle d'autorité mais en rapport avec les contres

indications à la pratique. En revanche il a été décrit par certains son rôle « d'accompagnement d'une maladie » qui sous-entend un suivi régulier et la nécessité de « rappeler à l'ordre » si le patient n'adopte pas le meilleur comportement pour sa santé. On comprend que le médecin puisse avoir une influence dans l'engagement de son patient à la pratique. Selon une revue de la littérature il n'est pas concluant qu'il soit efficace de conseiller aux individus dans le cadre des soins primaires une pratique régulière d'activité physique. Les études existantes ne donnent pas une image claire des caractéristiques spécifiques du conseil qui se rapportent à son efficacité (47). En revanche, le rôle décrit par les informateurs est en accord avec les recommandations du ministère chargé de la santé dans la promotion d'activité des personnes atteintes de maladies chroniques (48). Le rôle mobilisateur du médecin y est décrit ainsi que des supports papiers sont conseillés comme outil motivationnel et de fait, suggèrent un suivi régulier.

B. Forces et limites de l'étude

La méthode par théorisation ancrée convient à toute question visant à comprendre les informateurs, en partant de la façon dont ils vivent et appréhendent ce qu'ils leur arrivent (48). Le choix de la méthode était particulièrement adapté pour explorer les mécanismes individuels dans l'adoption d'un comportement. Elle a permis d'apprécier la complexité des barrières et facilitateurs perçus à la pratique d'une activité, ainsi que leur évolution au fil de la participation au programme chez une population ciblée.

L'entretien compréhensif en face à face est pertinent pour explorer le vécu personnel d'un sujet sur un comportement donné. Le choix du domicile en accord avec le patient comme lieu d'entretien était privilégié pour atténuer une hiérarchie dans l'interaction entre la chercheuse et l'informateur.

L'échantillonnage raisonné a permis d'approcher une variance acceptable. L'analyse s'est ainsi progressivement nourrie de la divergence ou de la concordance des opinions recueillies.

De manière volontaire ou inconsciente, il est reconnu que lors des entretiens, les informateurs peuvent modifier leur propos pour satisfaire le chercheur. Pour diminuer ce bais de désirabilité, la chercheuse ne s'est plus présentée en tant que médecin à partir du 3ème entretien et elle a insisté sur sa méconnaissance du centre hospitalier, des praticiens ainsi que des enseignants encadrant le programme.

Cette étude présentait des biais de sélection. Les informateurs étaient en majorité volontaires à la participation au programme, le degré de motivation intrinsèque était déjà élevé. Cette motivation a

une forte valeur dans la prédiction d'adoption d'un comportement. La majorité des informateurs n'avait pas un score élevé de fragilité, nous n'avons pu observer l'impact d'une grande fragilité sur le vécu du programme. Ensuite, on peut supposer que le nombre faible d'informateurs habitant à la campagne soit lié au fait que cette population n'ait pas participé au programme compte tenu de la durée du trajet.

De l'absence d'expérience de la chercheuse et du directeur en recherche qualitative résulte un biais d'investigation et d'analyse. Une autoformation de la chercheuse en amont et un soutien dans l'élaboration du guide d'entretien par une personne extérieure à l'étude formée à la méthode qualitative a pu atténuer ce biais.

La méthode qualitative se basant sur un processus interprétatif, le codage du verbatim dépendait, de fait, de la subjectivité de la chercheuse. La triangulation, assurée par le directeur de thèse et une personne extérieure à l'étude, a permis d'atténuer les erreurs subjectivistes. Comme l'exige la méthode inductive, l'ancrage dans les données brutes du verbatim a permis l'émergence des hypothèses et la théorisation des concepts, au fur et à mesure du recueil des données et de leur analyse (50).

C. Perspectives

1. De soins

L'aspect plurifactoriel de l'engagement à pratiquer une activité implique une meilleure compréhension de ces facteurs par les professionnels investis dans la démarche. C'est une erreur de penser que les comportements liés à la santé ne sont adoptés que pour des raisons de santé. Dans cette perspective, les interventions éducatives seront limitées à la seule présentation des bénéfices pour la santé d'adopter le « bon » comportement.

Les personnes âgées ont intégré les bénéfices d'une activité physique dans le cadre du vieillissement et de leur maladie, mais compte tenu de leur fragilité ils sont en demande d'une pratique sécurisante. La pratique au sein du programme d'APA leur a apporté cette dimension, et facilité leur pratique en levant en fonction des participants différents freins ou barrières à pratiquer.

La promotion et le développement de l'APA apparaît primordial pour faciliter la pratique dans cette population:

- Développement des programmes d'APA en petits groupes dans une optique de découverte des pratiques et de renforcement de l'efficacité personnelle, par une réassurance sur les capacités au travers d'une expérience sociale positive.
- Développer la formation des professionnels du sport et de l'activité physique à l'APA. Informer sur l'importance d'un encadrement sécurisant et l'adaptation au cas par cas avec une attitude bienveillante.

On a observé la difficulté du relais de l'activité à l'issu du programme malgré un renforcement de la motivation intrinsèque. Une formation des encadrants proposés en relais du programme, à cette population spécifique peut être un facilitateur d'engagement des participants. Une transition progressive par la poursuite des encouragements de l'enseignant quelques semaines après la fin du programme, par téléphone par exemple pourrait faciliter le maintien de l'AP.

L'environnement urbain et matériel, les facteurs sociodémographiques et l'état de santé agissent comme des barrières ou des facilitateurs de l'engagement ou du non-engagement. Cependant, des facteurs psychologiques, reposant sur la perception et les sentiments éprouvés à l'égard de l'activité physique ou de l'état de santé, jouent un rôle motivationnel indépendamment de cet ensemble de variables. Le médecin va pouvoir agir sur ces facteurs psychologiques d'une part en les identifiants puis en proposant des stratégies d'action.

L'HAS a publié récemment son « guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé » (51). Il propose au terme d'une évaluation initiale par le médecin des conduites à tenir en fonction du niveau habituel d'AP du patient, de son degré de motivation et de ses risques individuels à la pratique. Ce guide apparait pertinent pour les praticiens considérant ne pas avoir les compétences nécessaires ni le temps pour promouvoir ou prescrire de l'AP comme décrit dans plusieurs études évaluant les médecins face à cette prescription (52,53).

En Suisse, un manuel à l'intention des médecins a été proposé pour promouvoir l'activité physique en médecine de premier recours. Il propose un algorithme de prise en charge (annexe 6) associée à des consignes de sensibilisation du patient :

- Investiguer les représentations et les croyances du patient par rapport à l'activité physique
- Personnaliser les bénéfices attendus grâce à l'activité physique
- Faire part de sa disponibilité à reprendre la discussion lors d'une prochaine consultation

Ensuite une investigation des freins et motivations est conseillée afin d'élaborer une stratégie pour favoriser la pratique :

- investiguer le déroulement d'une journée ordinaire, en semaine et le week-end
- Identifier les opportunités saisies pour être actif, et valoriser le potentiel de changement
- Demander au patient de décrire les bénéfices qu'il retire de l'activité physique
- Quelles sont les barrières à l'activité physique : entretien motivationnel

L'évolution des motivateurs individuels et socio-environnementaux dans le temps va complexifier l'engagement d'une activité dans la durée. Un suivi régulier permettrait de proposer des stratégies d'adaptation en tenant compte de cette évolution. Ce manuel propose la réalisation d'entretiens motivationnels comme aide à l'engagement dans une pratique ainsi que son maintien dans le temps.

L'entretien motivationnel est défini par l'HAS comme particulièrement utile en médecine générale lorsque l'on veut aborder un changement de comportement influençant la santé. Ses applications ont tout d'abord concerné les addictions, et en particulier le traitement des dépendances à l'alcool, au tabac ou aux drogues illicites. Elles se sont étendues à toutes les situations « d'accompagnement au changement ». Basée sur une écoute active et une attitude empathique, l'approche motivationnelle propose des principes facilement applicables dans le cadre d'une consultation de médecin générale (54). La formation à l'entretien motivationnel des médecins généralistes pourrait améliorer l'implication de ce dernier dans la promotion et le maintien d'une activité physique régulière.

Concernant l'approche plurifactorielle de l'engagement à la pratique d'AP chez les personnes âgées, nous avons constaté dans notre étude que le lien social positif renforçait la motivation des participants. Une étude qualitative portant sur des patients diabétiques a observé l'influence positive des associations de malade sur leur motivation à pratiquer (55). La revalorisation des associations de quartier auprès des personnes âgées pourrait les convaincre de s'y intégrer. Ces associations pourraient avoir le même impact sur le processus d'autodétermination que les associations de malade.

2. De recherche

Afin d'enrichir et confirmer ces résultats, d'autres travaux pourraient être entrepris pour

- Explorer le vécu des personnes âgées à la pratique d'une APA, habitant en zone isolée.
- Évaluer l'impact de l'entretien motivationnel pratiqué par le médecin traitant dans le maintien de la pratique chez les personnes âgées
- Évaluer l'impact d'un soutien téléphonique par les professionnels APA sur l'engagement des personnes âgées à l'issu de leur participation à un programme d'exercice
- Évaluer l'impact des associations de quartier dans la motivation des personnes âgées à adopter un mode de vie actif

V. CONCLUSION

Cette étude originale a cherché à évaluer le vécu d'un programme d'APA dans une population spécifique, à savoir les personnes âgées de plus de 65 ans orientées dans le cadre de leur maladie chronique. Aucune étude qualitative n'a été retrouvée concernant cette population. Elle a permis de mieux cerner la complexité des facteurs individuels et socio-environnementaux impliqués dans l'élaboration et le maintien d'un comportement en lien avec la santé.

La mise à disposition de programmes d'APA semble renforcer la motivation intrinsèque des participants et lever des freins à pratiquer pour certains. Ces programmes sont parfaitement adaptés à la recherche d'une pratique sécuritaire des personnes âgées. En revanche ils ne suffisent pas à inscrire l'engagement à la pratique dans la durée.

Nous avons observé une évolution dans le temps des différents facteurs d'engagement et de désengagement. Le médecin doit se rappeler que rien n'est figé, le désengagement peut survenir chez un individu ayant une motivation intrinsèque élevée et inversement un engagement est possible chez un individu ayant une faible motivation intrinsèque initiale. La connaissance du patient dans sa globalité à travers l'exploration de son vécu, ses croyances, ses représentations, ses peurs est certes chronophage au cours d'une consultation mais primordial dans la construction et la déconstruction de l'adoption d'un comportement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vassieux laetitia. Activités physiques et sportives pour la santé des recommandations à la pratique [Internet]. Disponible sur: http://www.ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/dt-vf-mephd_0.pdf

2. Aquatias S, Arnal J-F, Rivière D, Bilard J, Callède J-P, Casillas J-M, et al. Activité physique: contextes et effets sur la santé-Synthèse et recommandations [PhD Thesis]. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM); 2008.

3. Organisation mondiale de la santé | Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé [Internet]. WHO. Disponible sur: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/

4. Blanpain, Chardon N Olivier. Projections de population à l'horizon 2060 - Insee Première - 1320 [Internet]. [cité 27 avr 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151

5. Agence régionale de la santé. Le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie [Internet]. [cité 16 janv 2018]. Disponible sur: http://www.ars.sante.fr/le-plan-national-daction-de-prevention-de-la-perte-dautonomie

6. Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité. État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France - édition 2018 chez les personnes avançant en âge - [Internet]. [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: http://www.onaps.fr/news/etat-des-lieux-de-l-activite-physique-et-de-la-sedentarite-en-france-edition-2018-chez-les-personnes-avancant-en-age/

7. Aquino J-P. Le plan national « Bien vieillir ». Retraite et société. 23 oct 2007;(52):152-7.

8. Programme national nutrition santé (PNNS) - Professionnels [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016 [cité 18 sept 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels

9. Aquino J-P, Gohet P, Mounier C. Anticiper pour une autonomie préservée: un enjeu de société. Comité avancée en âge, prévention et qualité de vie, rapport remis au Premier Ministre–

2013. 2013;

10. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées – Une expertise collective de l'Inserm 2014 [Internet]. Disponible sur: http://presse.inserm.fr/activite-physique-et-prevention-des-chutes-chez-les-personnes-agees-une-expertise-collective-de-linserm/17061/

11. Institut national de la statistique et des études économiques. La pratique sportive en France, reflet du milieu social − Données sociales : La société française [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371925?sommaire=1372045

12. Lim K, Taylor L. Factors associated with physical activity among older people--a population-based study. Prev Med. janv 2005;40(1):33-40.

13. Schutzer K. Barriers and motivations to exercise in older adults. Preventive Medicine. nov 2004;39(5):1056-61.

14. Desveaux L, Goldstein R, Mathur S, Brooks D. Barriers to Physical Activity Following Rehabilitation: Perspectives of Older Adults with Chronic Disease. J Aging Phys Act. avr 2016;24(2):223-33.

15. Moschny A, Platen P, Klaassen-Mielke R, Trampisch U, Hinrichs T. Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. Int J Behav Nutr Phys Act. 2 nov 2011;8:121.

16. Chaudhury H, Mahmood A, Michael YL, Campo M, Hay K. The influence of neighborhood residential density, physical and social environments on older adults' physical activity: An exploratory study in two metropolitan areas. Journal of Aging Studies. 1 janv 2012;26(1):35-43.

17. Burlot F, Lefèvre B. Le sport et les seniors : des pratiques spécifiques ?, Senior citizens and sport. Retraite et société. 2009;(58):133-58.

18. Deshpande N, Metter EJ, Bandinelli S, Lauretani F, Windham BG, Ferrucci L. Psychological, physical, and sensory correlates of fear of falling and consequent activity restriction in the elderly: the InCHIANTI study. Am J Phys Med Rehabil. mai 2008;87(5):354-62.

19. Lindwall M, Larsman P, Hagger MS. The reciprocal relationship between physical activity and depression in older European adults: a prospective cross-lagged panel design using SHARE data. Health Psychol. juill 2011;30(4):453-62.

20. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Guralnik JM. Motivators and Barriers to Exercise in an Older Community-Dwelling Population. Journal of Aging and Physical Activity. 1 avr 2003;11(2):242-53.

21. Mathews AE, Laditka SB, Laditka JN, Wilcox S, Corwin SJ, Liu R, et al. Older Adults' Perceived Physical Activity Enablers and Barriers: A Multicultural Perspective. Journal of Aging and Physical Activity. 1 avr 2010;18(2):119-40.

22. Chad KE, Reeder BA, Harrison EL, Ashworth NL, Sheppard SM, Schultz SL, et al. Profile of physical activity levels in community-dwelling older adults. Med Sci Sports Exerc. oct 2005;37(10):1774-84.

23. Miller W, Brown PR. Motivators, Facilitators, and Barriers to Physical Activity in Older Adults: A Qualitative Study. Holist Nurs Pract. août 2017;31(4):216-24.

24. Rasinaho M, Hirvensalo M, Leinonen R, Lintunen T, Rantanen T. Motives for and barriers to physical activity among older adults with mobility limitations. J Aging Phys Act. janv 2007;15(1):90-102.

25. Fabre C, Chavignay E. Définition, formation, législation et rôle du professionnel en activité physique adaptée. Revue des Maladies Respiratoires Actualités. nov 2010;2(6):628-30.

26. 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]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/30/2016-1990/jo/texte

27. Centre d'Activité Physique Adaptée et de Prévention Santé à Bordeaux, Capaps – [Internet]. [cité 4 sept 2018]. Disponible sur: http://capaps.fr/

28. Association santé éducation et prévention pour le territoire, ASEPT Gironde. Ateliers Form' Équilibre [Internet]. Disponible sur: https://www.asept-gironde.fr/nos-actions/ateliers-form-%C3%A9quilibre.html

29. Groupement d'employeurs en activité physique adaptée, GE APA Santé [Internet]. [cité 4 sept 2018]. Disponible sur: http://www.ge-apa-sante.com/

30. Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover. Recherches qualitatives. 2006;26(1):32–50.

31. Feillet R. Vieillissement et souci du corps de l'Antiquité à nos jours. In: Souci du corps, sport et vieillissement [Internet]. ERES; 2006. p. 15-28. Disponible sur: https://www.cairn.info/resume.php

32. Henaff-Pineau P-C. Genre et parcours sportifs des seniors : du semblable au dissemblable. SociologieS [Internet]. 15 nov 2012 ; Disponible sur:

http://journals.openedition.org/sociologies/4135

33. Godin G. Les comportements dans le domaine de la santé : Comprendre pour mieux intervenir. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018. 3

34. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Guralnik JM. Motivators and Barriers to Exercise in an Older Community-Dwelling Population. Journal of Aging and Physical Activity. avr 2003;11(2):242-53.

35. Rasinaho M, Hirvensalo M, Leinonen R, Lintunen T, Rantanen T. Motives for and barriers to physical activity among older adults with mobility limitations. J Aging Phys Act. janv 2007;15(1):90-102.

36. Alkatan M, Baker JR, Machin DR, Park W, Akkari AS, Pasha EP, et al. Improved Function and Reduced Pain after Swimming and Cycling Training in Patients with Osteoarthritis. J Rheumatol. mars 2016;43(3):666-72.

37. Blake H, Mo P, Malik S, Thomas S. How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review. Clin Rehabil. oct 2009;23(10):873-87.

38. Guszkowska M. [Effects of exercise on anxiety, depression and mood]. Psychiatr Pol. août 2004;38(4):611-20.

39. Ströhle A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. J Neural Transm. 23 août 2008;116(6):777.

40. Haute Autorité de Santé - ALD n° 23 - Troubles bipolaires [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_849818/fr/ald-n-23-troubles-bipolaires

41. Melo M, Daher E, Albuquerque S, Bruin V. Exercise in bipolar patients: A systematic review. Vol. 198. 2016.

42. Barbour KA, Edenfield TM, Blumenthal JA. Exercise as a treatment for depression and other psychiatric disorders: a review. J Cardiopulm Rehabil Prev. déc 2007;27(6):359-67.

43. Wright K, Armstrong T, Taylor A, Dean S. « It's a double edged sword »: a qualitative analysis of the experiences of exercise amongst people with Bipolar Disorder. J Affect Disord. févr 2012;136(3):634-42.

44. McAuley E, Jerome GJ, Elavsky S, Marquez DX, Ramsey SN. Predicting long-term maintenance of physical activity in older adults. Prev Med. août 2003;37(2):110-8.

45. Caudroit J, Stephan Y, Chalabaev A, Le Scanff C. Subjective age and social-cognitive determinants of physical activity in active older adults. J Aging Phys Act. oct 2012;20(4):484-96.

46. Tulloch H, Sweet SN, Fortier M, Capstick G, Kenny GP, Sigal RJ, et al. Exercise facilitators and barriers from adoption to maintenance in the diabetes aerobic and resistance exercise trial. Can J Diabetes. déc 2013;37(6):367-74.

47. Eden KB, Orleans CT, Mulrow CD, Pender NJ, Teutsch SM. Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 6 août 2002;137(3):208-15.

48. Ministère chargée des sports. Activité physique et personnes atteintes de maladies chroniques [Internet]. Disponible sur: http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/apsmaladiechronique2.pdf

49. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. 1ère édition. Louvain la Neuve : De Boeck Supérieur; 2014

50. Haute Autorité de Santé - Prescrire l'activité physique : un guide pratique pour les médecins [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2875944/fr/prescrire-l-activite-physique-un-guide-pratique-pour-les-medecins

51. Chevallier E, Bultez J. Ressenti des médecins traitants de Rhône-Alpes concernant la prescription d'activité physique adaptée chez leurs patients. 9 oct 2017;186.

52. Cournet J. La prescription d'activité physique chez les maîtres de stage de médecine générale d'Aquitaine : qu'en est-il dans la réalité ? 20 sept 2017;125.

53. Dumez H. Méthodologie de la recherche qualitative: Les questions clés de la démarche compréhensive. Vuibert; 2016.

54. Haute Autorité de Santé - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

55. Ferrand C, Perrin C, Nasarre S. Motives for regular physical activity in women and men: a qualitative study in French adults with type 2 diabetes, belonging to a patients' association. Health Soc Care Community. sept 2008;16(5):511-20.

VI. ANNEXES

A. Annexe n°1 : plaquette information programme

INSCRIPTION

CONTACT :

Madame Laura HYACINTHE
Enseignante en Activités Physiques Adaptées

Par mail :

apa@ch-arcachon.fr

Par téléphone :

05 57 52 90 84

(Merci de laisser un message vocal avec votre nom et numéro de téléphone, vous serez rappelé dans la semaine)

PARTENARIAT AVEC LES CLUBS SPORTIFS

Après les 3 mois de séances d'activité physique adaptée, les personnes sont orientées vers des clubs sportifs partenaires du territoire de santé.

Aquabulle Le Teich	0659107002
Association Un PAS Sanguinet	0674497375
Aviron Arcachonnais	0669951225
Born' Sport Santé Pontenx Les Forges	0558074031
Canoë Kayak Club Teichois	0619104584
Cercle de Voile de Cazaux Lac	0556229100
Club Arcachonnais de la Retraite Sportive	0556834995
Cré'Active Pilates—Gym'Forme La Teste	0650615565
Pass'sport santé Biscarosse	0682775677
Piscine d'Arcachon	0557722729
Savate Nord Bassin Andernos les Bains	0676715879
Vitalitude	0556225114

ASSOCIATIONS RESSOURCES
(associations de patients, d'aidants…)

Aqualympho	0673965688
Club cœur et santé Arcachon Sud Bassin	0680120874

CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON — PÔLE DE SANTÉ D'ARCACHON — Clinique d'Arcachon CARC

L'ACTIVITE PHYSIQUE

→ *MIEUX PREVENIR*
→ *MIEUX GUERIR*

PROGRAMME 2018

Séances organisées par le Centre Hospitalier et la Clinique d'Arcachon

Prof'APA — COBAS Communauté d'Agglomération Bassin d'Arcachon Sud

POURQUOI ?

Le Centre Hospitalier et la Clinique d'Arcachon développent **une démarche de prévention « hors les murs »** auprès de la population de leur territoire de santé.

Les maladies cardiovasculaires et les tumeurs sont les deux premières causes d'Affection de Longue Durée (ALD).

La sédentarité est le quatrième facteur de mortalité dans le monde.

L'activité physique pratiquée de façon régulière a de nombreux bienfaits, au niveau de la santé physique et de la santé psychologique.

POUR QUI ?

Par subvention de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, une à deux séances hebdomadaires d'activité physique peuvent être proposées, durant trois mois aux :

- Personnes en surpoids ou obèses,
- Personnes atteintes d'un cancer,
- Personnes de plus de 60 ans (avec Affection de Longue Durée ou difficultés psychologiques ou sociales),
- Personnes douloureuses chroniques

Sur orientation :
- D'un praticien du Centre Hospitalier ou de la Clinique, notamment dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique,
- D'un médecin traitant ou d'un praticien libéral

Avec un certificat médical d'absence de contre indication à la pratique d'activité physique.

En collaboration avec l'Association Prof'APA

COMMENT ?

Un professeur d'Activité Physique Adaptée anime des séances collectives :

Le mercredi :
⇒ De 10h30 à 11h30
⇒ De 11h30 à 12h30
⇒ De 17h à 18h
⇒ De 18h à 19h

Le vendredi :
⇒ De 9h30 à 10h30
⇒ De 10h30 à 11h30
⇒ De 16h à 17h
⇒ De 17h à 18h

La répartition dans les groupes s'effectue en fonction des capacités et besoins de chacun Ils seront évalués lors d'une rencontre préalable avec l'Enseignante APA.

Les séances sont dispensées en :

-Salle de réunion n°3 du Pôle de Santé
-Salle de Bonneval à La Teste
-Salle ALSH à La Hume

Chaque personne apporte son tapis de sol et sa bouteille d'eau.

B. Annexe n° 2 : Fiche Information

INFORMATION PROJET DE RECHERCHE

Dans le cadre de mes études, je souhaite réaliser un travail de recherche encadré par la faculté de Bordeaux.

L'activité physique est reconnue comme une thérapeutique à part entière intervenant dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire de nombreuses maladies chroniques. Bien que la pratique d'une activité physique soit motivée par les soignants, l'engagement à cette activité peut apparaître comme un vrai défi pour les patients.

Ce travail s'effectue dans le cadre du programme d'activité physique adaptée proposé par le centre hospitalier Arcachon en collaboration avec l'association Prof'APA.

Il s'appuie sur la réalisation d'entretiens individuels auprès de personnes de plus de 65 ans ayant participé ou participant au programme.

Les entretiens durent environ 1 heure, et seront réalisés au lieu et à la date de votre convenance. Ils seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone, retranscrits et analysés. Tous les entretiens recueillis au cours du projet de recherche seront anonymisés, afin de préserver votre identité et la confidentialité des informations.

La participation à ce projet de recherche est volontaire et vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation. Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant.

Je souhaiterais à travers ces entretiens explorer votre vécu à la pratique d'une activité physique adapté à votre état de santé. Votre participation me permettrait de préciser les freins et leviers à votre engagement dans la pratique, et notamment dans le cadre de ce programme. Ce qui pourrait à terme améliorer/ modifier l'approche des soignants dans la promotion de cette activité.

Après avoir lu cette note d'information, n'hésitez pas à me poser toutes les questions que vous désirez

Arnaud Anne-lise

C. Annexe n°3 : Guide pour entretien n° 2

Présentation du chercheur / projet : fiche information

Explication déroulement / anonymat

Début enregistrement

I **CARACTERISTIQUES**

- Age / sexe
- ALD
- Critères FRIED
- Catégorie socio-professionnelle / âge départ en retraite
- Situation personnelle : entourage / lieu de vie / rural ou ville
- ATCD pratique activité physique
- Accessibilité transport / conduite

DEROULEMENT DU PROGRAMME

- Pourriez-vous me raconter comment s'est déroulé le programme ?
- Qu'est-ce qui vous a plu dans ce programme ? qu'est-ce qui vous a moins plu ?
- Parlez-moi de ce que vous tirez de cette expérience
- Pour quelles raisons avez-vous participé

VECU APA

- Qu'est-ce que l'APA ?
- Pourquoi pratiquer l'APA ?
- Qu'est-ce que vous apporte l'APA ?
- Quels sont les bénéfices selon vous de la pratique régulière d'une APA ?

V MOTIVATEURS/ FREINS

- Comment évolue votre motivation avec l'âge ?
- Qu'est-ce qui vous pousse à y aller ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour pratiquer ?
- Pourquoi ne pratiquez-vous pas ?
- Pour quelles raisons ne pas avoir pratiqué plus tôt ?
- Qu'est-ce qui vous freine à y aller ?

VII APA COMME MOYEN THERAPEUTIQUE

- Que savez-vous du rôle de l'APA dans le traitement des maladies chroniques / sur la perte d'autonomie ?
- Que pensez-vous de la prescription d'APA sur ordonnance ?
- Quelle est la place du médecin traitant par rapport à la promotion de cette activité ?

D. Annexe n° 4 : Guide pour entretien N°7

I CARACTERISTIQUES

- Age / sexe
- ALD
- Critères FRIED
- Catégorie socio-professionnelle / âge départ en retraite
- Situation personnelle : entourage / lieu de vie / rural ou ville
- ATCD pratique activité physique
- Accessibilité transport / conduite

II CIRCONSTANCE DE PARTICIPATION AU PROGRAMME

- Pourriez-vous me raconter comment s'est déroulé le programme ?

-faire préciser orientation personnelle ou par un tiers
- participation jusqu'à la fin du programme
-réorientation à l'issu du programme / poursuite d'une activité

III DEROULEMENT DU PROGRAMME

- Qu'est-ce qui vous a plu dans ce programme ? qu'est-ce qui vous a moins plu ?
- Que pensez-vous de l'encadrement ?
- Que pensez-vous de la pratique en groupe ?
- Qu'est ce qui pourrait être amélioré ?
- Comment a évolué votre ressenti au fil du programme ?

IV LES CONSEQUENCES DE LA PRATIQUE

- Qu'est-ce que vous avez retenu de ce programme ?
- Qu'est-ce qu'il vous a apporté ?
- Quels étaient vos objectifs/attentes à pratiquer de l'APA ?
- Avez-vous ressenti des progrès entre le début et la fin du programme ?
- Pour quelles raisons avez-vous terminé le programme

V LES MOTIVATEURS

- Qu'est-ce qui vous pousse à y aller ?
- Comment évolue votre motivation/envie avec l'âge ?
- Quelles sont selon vous les conditions facilitant la pratique de l'APA ?
- Que diriez-vous à une personne qui hésiterait à pratiquer ?

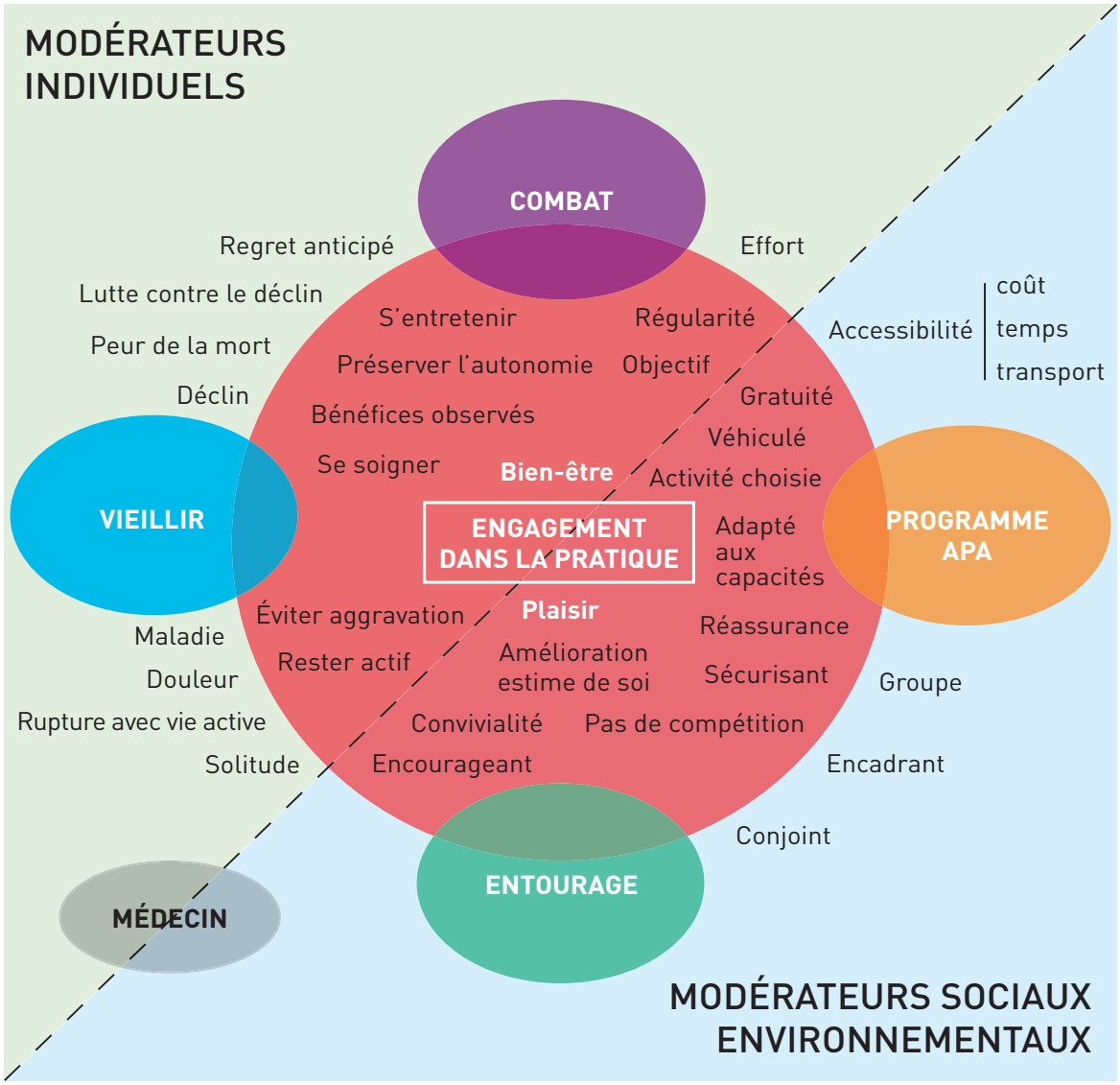
VI FREINS

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour pratiquer ?
- Avez-vous déjà eu envie d'arrêter ?
- Pour quelles raisons ne pas avoir pratiqué plus tôt ?
- Qu'est-ce qui vous freine à y aller ?
- Pour quelles raisons ne pratiquez-vous pas chez vous ?

VIII DIVERS

- Si vous aviez une baguette magique qu'est-ce que vous feriez pour faire en sorte que les gens pratiquent l'APA ?
- Souhaitez-vous rajouter quelque chose à propos de cette enquête ?

Annexe 5 : Schématisation des résultats principaux



Explication du schéma :

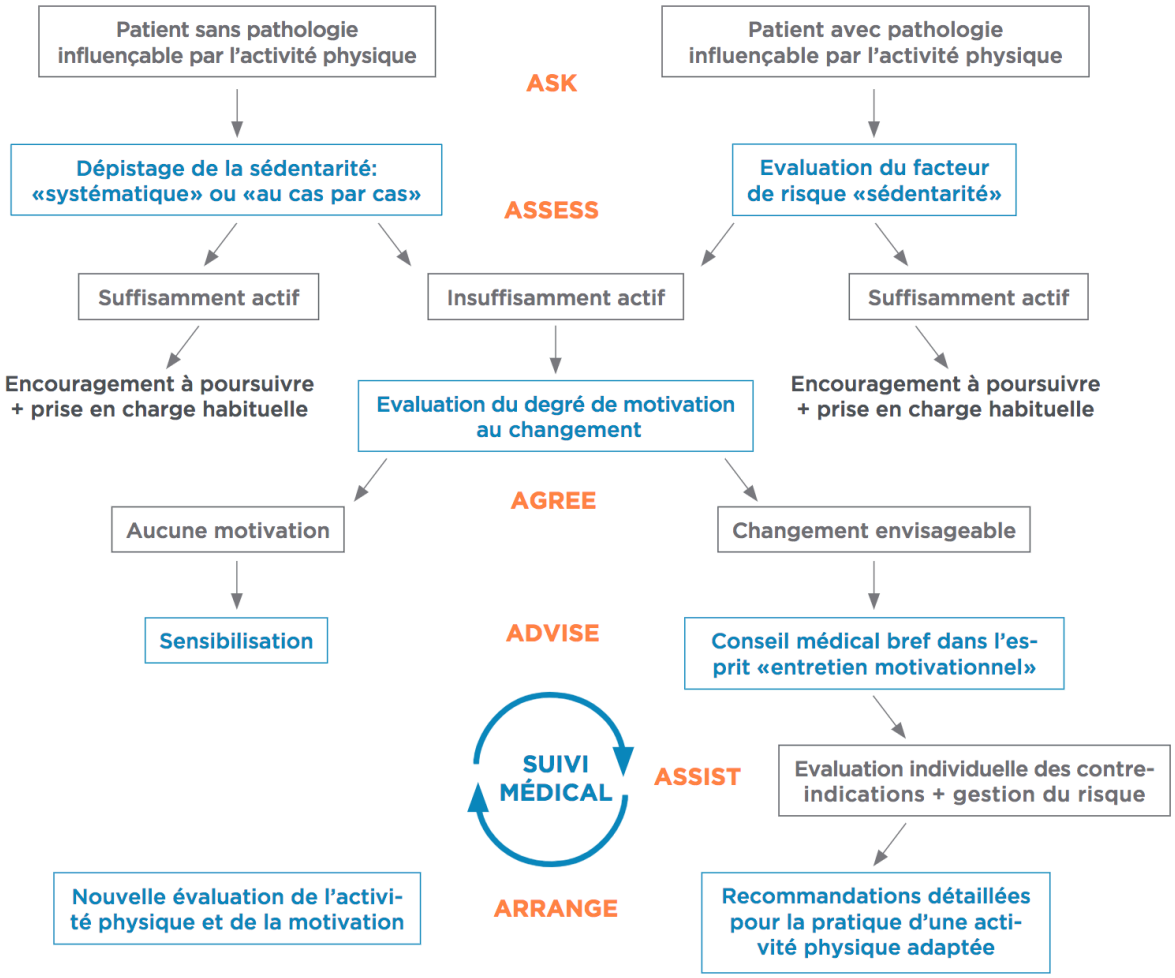
- Les résultats ont été repartis en modérateurs individuels d'une part et en modérateurs socio-environnementaux de l'autre.

- 4 thématiques ont été isolées au sein de ces modérateurs : Vieillir, la notion de combat, l'entourage et le programme. De part et d'autre de chaque thème on retrouve différents facteurs influenceurs de la pratique. En fonction des personnes ces facteurs peuvent être facilitant ou limitant.

- Le cercle rouge représente l'engagement dans la pratique, avec les différents facteurs évoqués comme facilitant l'engagement, en procurant bien-être et du plaisir à pratiquer. Ces dernières notions apparaissent centrale dans le schéma puisqu'elles définissent la motivation intrinsèque, et prédirait un maintien de l'activité dans le temps

- Le médecin apparait dans les modérateurs individuels mais aussi socio-environnementaux puisqu'il peut agir sur les 2 tableaux à travers une bonne connaissance de son patient mais aussi des programmes ou possibilités d'activités existantes.

E. Annexe 6 : Algorithme de prise en charge



CE SCHEMA PROPOSE UN ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE AU COURS D'UNE CONSULTATION MEDICALE AU SUJET DE LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE DANS LE CADRE D'UNE PREVENTION PRIMAIRE OU SECONDAIRE

VII. Serment Médical

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

L'activité physique adaptée proposée aux personnes âgées de plus de 65 ans dans le cadre d'une maladie chronique : Quel est le vécu du patient dans son engagement à la pratique ?

Résumé

Introduction : Le vieillissement de la population induit une augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des sujets en perte d'autonomie. Les bienfaits de l'activité physique sur la santé sont connus et validés. Il se développe depuis une trentaine d'années des programmes d'activité physique adaptés aux besoins et aux objectifs des participants. L'expérience de ces programmes nécessite d'être explorée afin d'en renforcer l'adhésion. L'objectif principal de cette étude était d'explorer le vécu du programme des personnes âgées de plus de 65 ans en affection de longue durée (ALD) participant ou ayant participé à un programme d'activité physique adapté (APA).

Méthode : Étude qualitative par entretiens compréhensifs individuels en face à face menés auprès de personnes âgées de plus de 65 ans orientées vers un programme d'APA dans le cadre de leur ALD. L'analyse des données utilisait le principe de la théorisation ancrée

Résultats : Dix personnes âgées de 65 à 85 ans ont été interrogées. Les motifs de leur engagement dans la pratique physique étaient plurifactoriels et évolutifs au cours du programme, qui était perçu comme facilitateur. L'encadrement personnalisé et le travail de groupe, préférentiellement avec des personnes connues, amélioraient le maintien dans le programme. La peur du déclin et l'attitude de l'entourage avaient un rôle variable en fonction des participants. Il est également mis en évidence que le relais de la pratique vers une activité physique durable, malgré les propositions réalisées, n'est pas efficiente.

Conclusion : Cette étude a permis de mieux cerner la complexité des facteurs individuels et socio-environnementaux impliqués dans l'élaboration et le maintien d'un comportement en lien avec la santé. Les programmes d'APA sont parfaitement adaptés à la recherche d'une pratique sécuritaire des personnes âgées. En revanche, ils ne suffisent pas à inscrire l'engagement de la pratique d'activité physique dans la durée.

Discipline

Médecine Générale

Mots Clés

Activité physique adaptée, personnes âgées, maladie chronique, perte d'autonomie, engagement, freins, leviers

Adapted physical activity for elderly people over 65 years old with chronic disease : What is the patient's experience in his commitment to practice?

Abstract

Introduction: Population ageing increases the incidence of chronic diseases and the amount of elderly peoplee with lack of autonomy. Health benefit of the physical activity is well known. Many physical activity programs specifically designed for elderly needs have been developed over the past 30 years. The knowledge held in such programs requierd to be exploring in order to increase support and participation. The main goal of study was to explore the experience and knowledge of the program for people over 65 years old with long-term illness (ALD) participating or having participated in an adapted physical activity program (APA).

Method: Qualitative survey through individual, face-to-face, in depth interviews conducted with people over 65 years old who are referred to an APA program as part of their ALD. The data has been analyzed using the grounded theory

Results: Ten elderly people from 65 to 85 years old have been asked. The reasons of the physical activity commitments were pluri-factorial and progressive during the program, this one be perceived as a facilitator. Personal coaching and teamwork among people who know each other increase personal commitment. Rallying or demotivation, influenced by the fear of decline and close entourage was different from one person to another. The pursuit of a durable physical activity after the end of experience was not consistent for each of them even though many solutions are available in order to do so.

Conclusion: This study offers a better understanding of the individual and socio-environmental factor complexity, those ones being responsible for the development and the upholding of health-related behaviors. APA programs are perfectly suited to find out safe practice for seniors. However, they are not sufficient enough to guaranty a long-term commitment toward physical activity.

Keywords

Adapted physical activity , elderly people, chronic disease, autonomy loss, commitment, barriers, motivators