



HAL
open science

**Évaluation et impact d'un programme d'Activité
Physique, Santé et Bien-Être (APSBE) réalisé au centre
de santé du CREPS Antilles-Guyane sur une population
guadeloupéenne présentant des maladies chroniques.
Étude qualitative et quantitative**

Laurence Maledon

► **To cite this version:**

Laurence Maledon. Évaluation et impact d'un programme d'Activité Physique, Santé et Bien-Être (APSBE) réalisé au centre de santé du CREPS Antilles-Guyane sur une population guadeloupéenne présentant des maladies chroniques. Étude qualitative et quantitative. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02460138

HAL Id: dumas-02460138

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02460138>

Submitted on 29 Jan 2020

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.

UNIVERSITE DES ANTILLES
2018

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N° 2018ANTI0320

**Evaluation et impact d'un programme d'Activité
Physique, Santé et Bien-Être (APSBE) réalisé au centre de
santé du CREPS Antilles-Guyane sur une population
guadeloupéenne présentant des maladies chroniques**

Etude qualitative et quantitative

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles

Et examinée par les Enseignants de ladite Faculté

Le 29 octobre 2018

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

MALEDON Laurence

Examineurs de la thèse :

Monsieur Eustase JANKYProfesseur, Président
Madame Jeannie HELENE-PELAGE.....Professeur
Monsieur André-Pierre UZELProfesseur
Madame Franciane GANE-TROPLENT.....Directeur

UNIVERSITE DES ANTILLES



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Président de l'Université : Eustase JANKY
Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

NEVIERE Rémi

Physiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 19 44 99

Bruno HOEN

Maladies Infectieuses

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 15 45

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Thierry DAVID

Ophtalmologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

DE BANDT Michel

Rhumatologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 21 01
Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean-Louis ROUVILLAIN

Chirurgie Orthopédique
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 28

SAINTE-ROSE Christian

Neurochirurgie Pédiatrique
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696 73 27 27

André CABIE

Maladies Infectieuses
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 01

Philippe CABRE

Neurologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 61

Raymond CESAIRE

Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 24 11

Sébastien BREUREC

Bactériologie & Vénérologie
Hygiène hospitalière
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 80

Maryvonne DUEYMES-BODENES

Immunologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 96 55 24 24

Régis DUVAUFERRIER

Radiologie et imagerie Médicale
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 21 84

Annie LANNUZEL

Neurologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 13

Louis JEHEL

Psychiatrie Adulte
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 44

Mathieu NACHER

Epidémiologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 93 50 24

Guillaume THIERY

Réanimation
CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES
Tel : 05 90 89 17 74

Magalie DEMAR-PIERRE

Parasitologie et Infectiologue
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 53 09

Vincent MOLINIE

Anatomie Cytologie Pathologique
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Philippe KADHEL

Gynécologie-Obstétrique
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 0690 39 56 28

Jeannie HELENE-PELAGE**Médecine Générale**

Cabinet libéral au Gosier

Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

MEJDOUBI Mehdi**Radiologie et Imagerie**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 38 05 20

VENISSAC Nicolas**Chirurgie Thoracique****Et cardiovasculaire**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 03 86 87

DJOSSOU Félix**Maladies Infectieuses****Et tropicales**

CH de CAYENNE

Tél : 0694 20 84 20

Professeurs des Universités Associé**Karim FARID****Médecine Nucléaire**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 24 61

MERLET Harold**Ophthalmologie**

CHU de MARTINIQUE

Tél : 0596 55 22 57

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**Christophe DELIGNY****Gériatrie et biologie du vieillissement**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 55

Jocelyn INAMO**Cardiologie**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Franciane GANE-TROPLENT**Médecine générale**

Cabinet libéral les Abymes

Tel : 05 90 20 39 37

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE**Endocrinologie**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

| | |
|------------------------------------|--|
| Marie-Laure LALANNE-MISTRIH | Tel : 05 90 89 13 03 Nutrition CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 00 |
| TABUE TEGUO Maturin | Médecine interne : Gériatrie et biologie Du vieillissement CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 0690 30 85 04 |
| Narcisse ELENGA | Pédiatrie CH de CAYENNE Tel : 06 94 97 80 48 |
| GELU-SIMEON Moana | Gastroentérologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 06 90 83 78 40 - Fax : 05 90 75 84 38 |
| BACCINI Véronique | Hématologie, Transfusion CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 12 77 |
| MASSE Franck | Médecine Générale Tél : 0596 56 13 23 |

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

| | |
|-----------------------------|---|
| DARCHE Louis | Chirurgie Générale et Viscérale CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 21 01 |
| LEFEVRE Benjamin | Maladies Infectieuses CHU de POINTE-A-PITRE Tel : 06 90 51 52 47 |
| VIRNOT Céline | ORL CHU de POINTE-A-PITRE Tel : 06 73 32 71 78 |
| BONIFAY Timothée | Médecin Générale CHU de Cayenne Croix rouge Tel : 06 90 99 99 11 |
| DURTETTE Charlotte | Médecine Interne CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 22 55 |
| RENARD Guillaume | Chirurgie Orthopédique CHU de MARTINIQUE Tel : 06 96 26 27 33 |
| GUERIN Meggie | Parasitologie et Mycologie CH de CAYENNE Tel : 06 70 86 88 91 |
| SYLVESTRE Emmanuelle | Maladies Infectieuses CHU de MARTINIQUE |

Tel : 06 20 60 31 36

POUY Sébastien**Cardiologie**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 06 66 44 56 15**DEBBAGH Hassan****Urologie**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0596 55 22 71**HENNO Florent****Anesthésiologie/Réanimation**
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 06 37 85 15 28**BANCEL Paul****ORL**
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 93 46 16**MONFORT Astrid****Cardiologie**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 72**PARIS Eric****Réanimation**
CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 94 39 53 39**SAJIN Ana Maria****Psychiatrie**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 44**TRAMIER Ambre****Gynécologie Obstétrique**
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 0590 89 19 89**PIERRE-JUSTIN Aurélie****Neurologie**
CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 40**GALLI-DARCHE Paola****Neurologie**
CHU de MARTINIQUE**MOUREAUX Clément****Urologie**
CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 95**CARPIN Jamila****Médecine Générale**
Cabinet du Dr GANE-TROPLENT Franciane
Tel : 0690 72 12 04**PLACIDE Axiane****Médecine Générale**
CHU de MARTINIQUE

Tel : 0690 30 75 19

NIEMETZKY Florence

Médecine Générale
CH de CAYENNE
Tel : 0694 16 15 31

BLAIZOT Romain

Dermatologie
CH de CAYENNE
Tel : 0694 08 74 46

Remerciements

A Monsieur le Professeur Eustase JANKY,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Recevez l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Jeannie HELENE-PELAGE,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur André-Pierre UZEL,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de l'expression de ma respectueuse considération.

A Madame le Docteur Franciane GANE-TROPLENT,

Vous m'avez fait le grand honneur de diriger cette thèse.

Merci de m'avoir guidée tout au long de la réalisation de ce travail. Votre investissement sans faille et votre rigueur au sein de l'université et de la médecine générale, force l'admiration.

Soyez assuré de l'expression de ma profonde reconnaissance.

A toute l'équipe du centre de santé du CREPS, le Dr DEZAUNAY, Madame TOURNEBIZE, les éducateurs en activité physique adaptée,

Merci d'avoir contribué au bon déroulement de cette étude.

A Monsieur Bernard BHAKKAN,

Merci pour votre aide précieuse.

A mes amis, Jean-Paul, Valérie et Florence

Je n'oublierai pas tous nos merveilleux moments d'étudiants en médecine. Merci pour votre présence et votre soutien.

A Iana,

Merci pour ces moments de partage.

A ma famille, mes parents, Jordan et Jaïden.

Ma force et mon refuge. Je ne vous remercierai jamais assez.

Résumé

Introduction :

Le programme activité physique, santé et bien-être (APSBE) a été mise en place au centre de santé du CREPS Antilles-Guyane en 2015 pour accompagner les personnes atteintes de pathologies chroniques, via une prise en charge pluridisciplinaire, dans la pratique d'une activité physique adaptée.

L'objectif de cette étude était d'évaluer le niveau d'activité physique des participants, de dresser les motifs et profils des inscrits puis de proposer des pistes d'améliorations.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale, mixte qualitative et quantitative, menée sur un échantillon de 141 personnes atteintes de pathologies chroniques, inscrites au programme de 2016 à 2017 et sur dix participants vu en entretien. Le recueil de données a été effectué par des entretiens et un questionnaire téléphonique abordant leur ressenti, leur niveau d'activité physique, leur profil.

Résultats :

Ce programme intéressait principalement les femmes actives de 45 ans, en obésité avec un niveau d'activité physique faible. Parmi les participants qui ont continué le programme 24% ont amélioré leur niveau d'activité physique. S'ils étaient globalement satisfaits de l'encadrement par les éducateurs et appréciaient la pratique en groupe, 42% des participants ont arrêté leur suivi principalement en période d'autonomie. Les principales raisons évoquées étaient liées aux frais de participation et au manque de temps.

Conclusion :

Le programme APSBE est une initiative prometteuse pour la pratique d'une activité physique adaptée dans le cadre du parcours de soins des personnes atteintes de maladies chroniques. Cependant ce programme est récent et des améliorations sur le plan financier, sur la phase d'autonomie et sur les activités proposées seraient souhaitables afin de garantir une meilleure accessibilité.

Abstract

Introduction

The program for physical activity, health and well-being (APSBE) was organized at the center of health of the CREPS (REGIONAL CENTER FOR PHYSICAL EDUCATION) in 2015. The purpose of accompanying patients affected by chronic pathologies via a multidisciplinary course in the form of adapted physical activity. The objective of this study was to estimate levels of physical activity of all participants and to make a census on their different motives. This method allowed me to draw up subscriber profiles in order to recommend needed improvements to the program.

Methods

This study is based on an observational qualitative and quantitative survey, led on a sample of 141 patients affected by chronic pathologies who registered in the program between 2016 and 2017. It also included ten participants seen through real time interviews.

The data collection was carried out by telephone interviews and rendezvous meetings in order to communicate directly with participants in the form of person-to-person exchanges.

The questionnaire touched on subjects such as the patient's experience with the program, their activity levels and physical aptitude profiling.

Results

As a consequence of this study, it was found that this program interested mainly active women averaging 45 years of age, presenting low levels of activity and clear signs of obesity.

Among the participants who followed up with scheduling, 24 % improved their levels of physical activity. Globally, all members expressed satisfaction with the framework put in place by the physical educators and appreciated the mental and physical benefits of group practice. In all, 42 % of subscribers stopped their follow-up mainly in periods during which they had to be most autonomous.

The main reasons evoked were related the expensive registration fees and the lack of time.

Conclusion

The APSBE program is a promising initiative for the practice of adapted physical activity within the framework of specialized courses for patients affected by chronic diseases. However this program is in its early stages and improvements are needed if it wants to stand the test of time and guarantee better accessibility for its members.

These ameliorations should include price reevaluations for cheaper registration fees, a better follow up in periods during which participants are asked to be more autonomous and a widening of overall general activities proposed by the center via its educators

Table des matières

| | |
|--|----|
| REMERCIEMENTS..... | 7 |
| RESUME | 8 |
| ABSTRACT | 9 |
| TABLE DES MATIERES | 10 |
| LISTE DES AVREVIATIONS | 11 |
| LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES | 12 |
| INTRODUCTION..... | 13 |
| MATERIELS ET METHODES | 16 |
| 1. Type d'étude | 16 |
| 2. Population d'étude..... | 16 |
| 3. Déroulé du programme APSBE..... | 17 |
| 4. Recueil des données | 18 |
| 5. Aspect éthiques et réglementaires | 20 |
| 6. Analyse statistique..... | 20 |
| RESULTATS | 21 |
| 1. Etude qualitative | 21 |
| 1.1. Caractéristiques de la population étudiée à la phase qualitative..... | 21 |
| 1.2. Ressenti..... | 23 |
| 1.3 Facteurs encourageants la pratique d'une activité physique | 23 |
| 1.4 Limites au suivi du programme | 24 |
| 1.5 Bénéfices estimés | 25 |
| 1.6 Satisfaction..... | 28 |
| 1.7 Propositions d'améliorations..... | 28 |
| 2. Etude quantitative..... | 29 |
| 2.1. Caractéristiques de la population étudiée..... | 30 |
| 2.2 Orientation et motivation | 32 |
| 2.3. Les bénéfices estimés..... | 33 |
| 2.4 Les limites et motifs d'arrêt du programme | 35 |
| 2.5 Satisfaction du programme..... | 37 |
| 2.6. Les perspectives d'améliorations..... | 39 |
| DISCUSSION | 40 |
| CONCLUSION | 48 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 49 |
| ANNEXES | 51 |
| SERMENT D'HIPPOCRATE..... | 57 |

Liste des abréviations

ALD : Affection longue durée

AP : Activité physique

APA : Activité physique adaptée

APSBE : Activité physique, santé et bien-être

CREPS : Centre de ressources, d'expertise et de performance sportive

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

HAS : Haute autorité de santé

HTA : Hypertension artérielle

IMC : Indice de masse corporelle

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

IPAQ : International physical activity questionnaire

IRMES : Institut de recherche biomédicale et d'épidémiologie du sport

MET : Metabolic equivalent of task

OMS : Organisation mondiale de la santé

P3S : Parcours sportif de santé sécurisé

PNNS : Programme national nutrition santé

Liste des tableaux et des figures

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Caractéristiques des dix participants à la phase qualitative | 22 |
| Tableau 2 : Caractéristiques de la population étudiée à la phase quantitative (n=141) | 31 |
| Tableau 3 : Principaux freins au suivi du programme | 36 |
| Tableau 4 : Avis des participants sur leur satisfaction générale du programme APSBE..... | 37 |
| Tableau 5 : Evaluation de l'encadrement par rapport au suivi du programme..... | 38 |
| | |
| Figure 1 : Parcours des participants au sein du programme APSBE | 18 |
| Figure 2 : Diagramme de flux de la population d'étude à la phase quantitative | 29 |
| Figure 3 : Les principaux modes d'orientation..... | 32 |
| Figure 4 : Les principales motivations d'inscription au programme APSBE | 33 |
| Figure 5 : Evolution de l'IPAQ selon le suivi du programme..... | 34 |
| Figure 6 : Les principaux bénéfices estimés | 35 |
| Figure 7 : Suivi des participants au sein du programme APSBE | 36 |
| Figure 8 : Avis des participants sur le programme APSBE en fonction de leurs parcours | 38 |
| Figure 9 : Les principales pistes d'améliorations évoquées par les participants | 39 |

Introduction

Les maladies chroniques, également appelées maladies non transmissibles, telles que l'hypertension artérielle, le diabète et l'obésité ont connu une importante progression ces dernières décennies. Actuellement elles représentent un problème de santé publique majeur. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les maladies non transmissibles tuent chaque année 41 millions de personnes, soient 71% des décès dans le monde. Elles sont la toute première cause de mortalité.(1)

Concernant le diabète, l'OMS estime que 1.6 millions de décès en 2015 lui étaient directement liés. La prévalence mondiale du diabète chez les adultes de plus de 18 ans a doublé en 2014 atteignant un taux de 8.5% soit 422 millions de personnes atteintes.(2)

L'obésité quant à elle a atteint les proportions d'une épidémie mondiale. 2.8 millions de personnes au moins décèdent chaque année du fait de leur obésité ou de leur surpoids. En 2016, on recensait plus de 1.9 milliards d'adultes en surpoids et plus de 650 millions en obésité sur une population mondiale de 7.5 milliards d'habitants.(3)

Enfin, l'hypertension artérielle (HTA) représente actuellement 9 millions de décès par an selon l'OMS en 2012.(4)

Ce constat est tout aussi alarmant aux Antilles françaises et la Guadeloupe est particulièrement impactée.

En Guadeloupe, le diabète est deux fois plus fréquent qu'en hexagone. On décompte 8,3% de diabétiques versus 4,6% au niveau national et une surmortalité plus importante soit 44 décès/100 000 habitants.(5)

En 2012, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement était estimée à 8,3% soit 32 746 patients. Selon l'étude KANNARI menée en 2013, 11% de la population se déclarait diabétique. Cette même année a été votée, la loi Lurel, qui interdit la distribution de produits agro-alimentaires plus sucrés qu'en métropole.(6) Depuis un arrêté, publié le 24 mai 2016 au journal officiel, limite la teneur maximale en sucre ajouté dans les produits locaux distribués exclusivement en outre-mer.

L'hypertension artérielle a également une prévalence plus élevée, environ 39% de la population est hypertendue contre 31% au niveau national.(7)(8)

Les chiffres concernant l'obésité sont également plus alarmants. On estime la prévalence de l'obésité à 23% et 34% pour le surpoids. En France métropolitaine, elle est de l'ordre de 16% pour l'obésité et 32% pour le surpoids.(9)

Cette singularité épidémiologique en Guadeloupe, semble en partie relever des conditions socio-économiques défavorables qui prévalent sur ce territoire mais aussi des modifications comportementales. En effet l'expansion de ces maladies est alimentée par des phénomènes tels que

l'urbanisation rapide et la mondialisation des modes de vie défavorables à la santé avec l'augmentation de la sédentarité et de l'inactivité physique. La sédentarité est considérée par l'OMS comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde.(10) Elle renforce toutes les causes de mortalité, double le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète et d'obésité.

Pour atténuer l'impact des maladies non transmissibles sur les individus et la société, la prise en charge globale de ces maladies chroniques doit reposer sur l'association de thérapeutique médicamenteuse et non médicamenteuse basée sur la nutrition et l'activité physique.

L'HAS reconnaît depuis 2011 pour les patients atteints de maladies chroniques le bénéfice de la prescription d'activité physique. Elle recommande désormais la prescription par le médecin traitant de l'activité physique adaptée (APA) pour les patients atteints d'affections de longue durée (ALD) dans leur parcours de soins.(11) Cette prise en charge peut être encadrée par des spécialistes de l'activité physique, de la santé et du handicap : les éducateurs en APA.

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 ». La pratique d'une AP régulière permet d'améliorer le bien-être par une diminution du stress, une augmentation de l'estime de soi et une amélioration du fonctionnement social.

Les études épidémiologiques montrent une réduction de la mortalité de 2 à 58 % selon le niveau d'AP, et les études interventionnelles retrouvent une baisse de mortalité de 30 % en moyenne chez les sujets atteignant les recommandations.(12) Ces bénéfices sont proportionnels au niveau d'AP et se perdent en cas d'arrêt de la pratique.

Au niveau international, afin de circonscrire les risques de maladies non transmissibles, l'OMS préconise pour l'adulte âgé de 18 à 64 ans la pratique au moins de 150 minutes par semaine d'activité d'endurance d'intensité modérée ou 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue et des exercices de renforcement musculaire au moins deux jours par semaine.(13) Annexe 1.

Au niveau national, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) recommande de pratiquer « l'équivalent d'au moins 30 minutes de marche rapide par jour fractionnables en séances de 10 minutes minimum », ce qui correspond aux recommandations de l'OMS à un niveau d'activité physique d'intensité au moins modérée, favorable à la santé.(14)

En Guadeloupe, afin de mettre en place des actions de promotion de l'activité physique, il a fallu dresser un bilan du niveau d'AP de la population générale. L'étude APHYGUAD réalisée en 2009 dans le but d'évaluer l'activité physique et sportive, ainsi que la sédentarité d'un échantillon de 297 enfants âgés de 6 à 14 ans vivant sur l'île a révélé que 58.7% de cet échantillon ont une activité

physique en accord avec les recommandations.(15) Une autre étude plus récente réalisée sur 364 Guadeloupéens âgés de 18 à 74 ans, visant à évaluer la pratique d'activité physique de la population Guadeloupéenne et la comparer aux données de la population métropolitaine issues du baromètre santé nutrition montrait que seulement 36.1% de la population de l'île atteignait un niveau d'activité physique favorable à la santé.(16) Ce niveau était plus critique qu'en métropole.

A la suite de ces constats, des dispositifs ont été mis en place :

-Les parcours de santé sécurisé (les P3S) ont été créés depuis 2011 pour favoriser la pratique d'une activité physique au sein de la population sédentaire grâce à la proximité et à la gratuité des parcours.(17)

Une étude réalisée en 2017 portant sur les forces et faiblesses de ces parcours révèle que malgré leur efficacité et la connaissance de leur existence, les guadeloupéens sont peu nombreux à les utiliser. 31.8% déclaraient y aller et 26.3 % auraient souhaité un meilleur encadrement de leur pratique.(18)

-plus spécifiquement, un programme d'activité physique, santé et bien-être (APSBE) a été mis en place en 2015 pour la population générale et pour les personnes atteintes de pathologies chroniques au centre de santé du CREPS Antilles-Guyane.

Ce programme a été créé pour accompagner le patient, via une prise en charge pluridisciplinaire, dans la reprise ou l'optimisation d'une activité physique adaptée.

Il se présente comme une plateforme de coordination, d'accompagnement et de relais à destination :

- des professionnels de santé
- des personnes atteintes ou pas de maladies chroniques, ayant le projet de renouer avec une activité physique et sportive adaptée.

Ses objectifs sont de lutter contre la sédentarité et le déconditionnement physique, rendre le patient acteur de sa santé, l'aider à la reprise d'une activité physique de manière encadrée et l'initier à une pratique autonome en toute sécurité

Aucune étude jusqu'alors n'a été menée sur ce programme APSBE au sein de la population atteinte de maladies chroniques. Cependant la participation à un tel programme devrait être fortement recommandée pour améliorer le niveau de pratique d'activité physique chez ce type de personne.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le niveau d'AP avant et après ce programme, de dresser les motifs et profils des inscrits.

L'objectif secondaire était de décrire le ressenti, l'impact de ce programme sur le mode de vie des participants ainsi que ces limites et de proposer des pistes d'améliorations.

Matériels et méthodes

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, transversale au centre de santé du CREPS Antilles-Guyane de janvier 2018 à juin 2018, en faisant appel à une méthode mixte, avec une première phase qualitative puis une seconde phase quantitative.

2. Population d'étude

Notre population d'étude ciblait l'ensemble des personnes inscrites au programme APSBE du CREPS Antilles-Guyane, de 2016 à 2017, adressées ou non par leur médecin traitant qui souhaitaient renouer avec la pratique d'une activité physique régulière.

Nous avons sélectionné parmi elles, l'ensemble des individus atteints de pathologies chroniques, qui avaient débuté les séances d'activité physique adaptée (APA) avec les éducateurs spécialisés.

La 1^{ère} phase, qualitative, a porté sur un échantillon de dix participants atteints de maladies chroniques qui avaient terminé le programme APSBE.

Pour la 2^{ème} phase, quantitative, les critères d'inclusions étaient :

- l'âge ≥ 18 ans
- la présence de pathologies chroniques telles que le diabète, l'HTA, l'obésité.
- l'inscription au programme APSBE
- la réalisation du bilan initial
- la participation aux séances d'activité physique adaptée.

Les personnes exclues de l'étude étaient :

- Celles dont l'âge étaient inférieurs à dix-huit ans
- Celles qui présentaient une contre-indication à la pratique d'une activité physique et sportive
- Celles qui n'avaient jamais participé aux séances d'APA.

3. Déroulé du programme APSBE

Il s'agit d'un programme dédié, via une prise en charge pluridisciplinaire, à l'accompagnement de personne dans la reprise ou l'optimisation d'une activité physique adaptée aux pathologies chroniques. Les participants orientés ou non par leur médecin, recherchant un lieu pour pratiquer une activité physique régulière pouvaient s'inscrire à ce programme. Pour y participer, ils devaient bénéficier d'un bilan initial pluridisciplinaire évaluant leur aptitude à la pratique d'une activité physique et sportive.

Ce

bilan comprenait une évaluation médicale avec la réalisation d'une échographie cardiaque puis d'une épreuve d'effort, une consultation diététique, psychologique et une évaluation en activité physique adaptée. En l'absence de contre-indication médicale à la pratique d'une activité physique et sportive,

les

personnes intégraient le programme pendant une année. Leur parcours au sein du programme s'organisait en trois cycles d'activité physique adaptée et d'autonomie. Chaque cycle comprenait une phase de seize séances d'APA suivie d'une période d'autonomie partielle d'une durée de deux mois chacune. Figure 1.

-La phase d'activité physique adaptée :

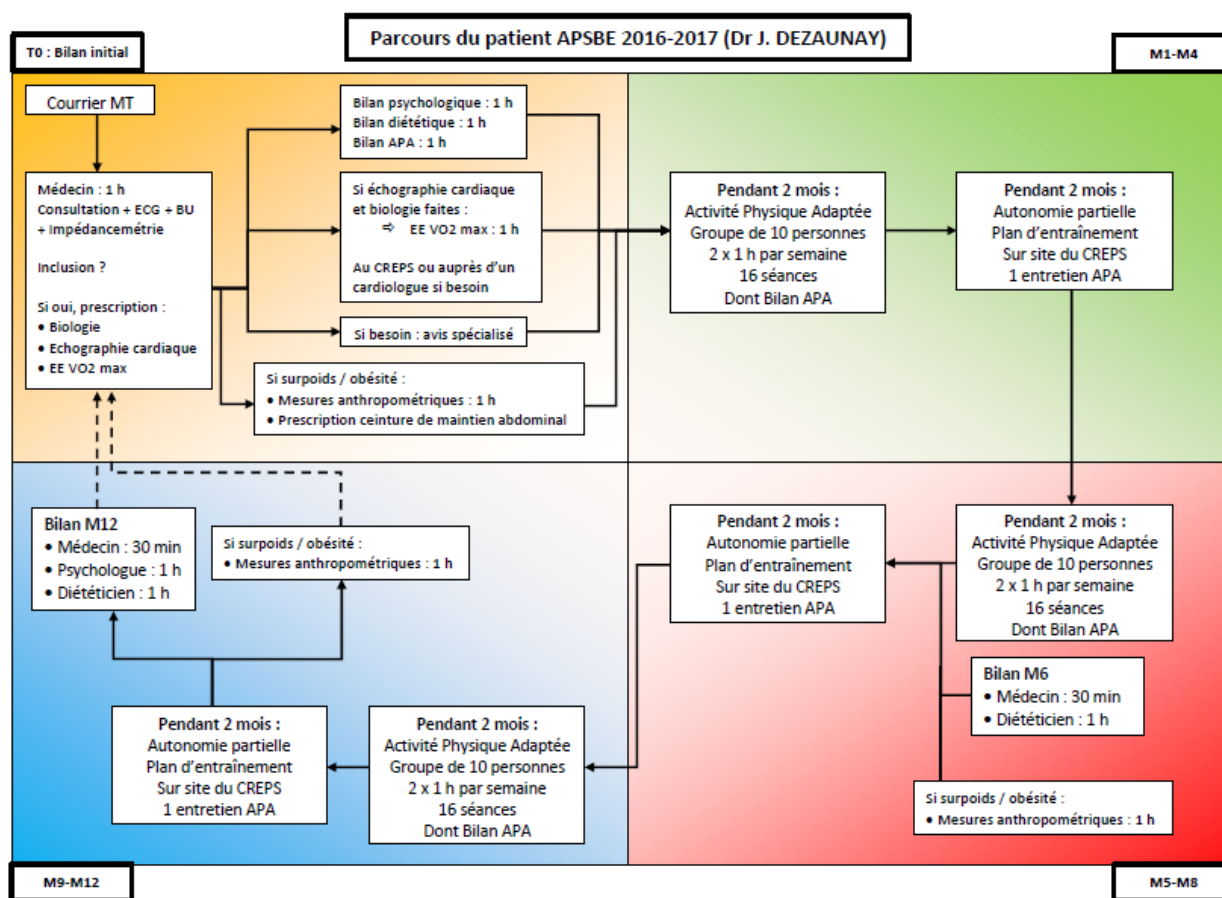
Des séances d'une heure animée par six éducateurs en APA étaient proposées deux fois par semaine à des groupes de dix personnes pendant 2 mois sous la forme d'ateliers favorisant l'endurance (rameur, vélo spinning), le renforcement musculaire et la souplesse (gymnastique au sol).

-La période d'autonomie partielle :

A la suite du bilan des éducateurs, réalisé après les deux premiers mois d'APA, les participants intégraient la phase d'autonomie partielle pendant deux mois. Ils réalisaient seuls les exercices enseignés mais pouvaient bénéficier des conseils des éducateurs qu'ils pouvaient solliciter à tout moment. Cette mise en situation d'autonomie de manière encadrée permettait aux participants de poursuivre leur pratique au quotidien.

Tout au long de leurs parcours, les participants bénéficiaient d'une prise en charge pluridisciplinaire avec un bilan au 6ème et 12ème mois consigné dans leurs livrets d'accompagnement. Annexe 2

Figure 1 : Parcours des participants au sein du programme APSBE



1^{er} cycle M1-M4 : du 1^{er} mois au 4^e mois

2^{ème} cycle M5-M8 : du 5^e mois au 8^e mois

3^{ème} cycle M9-M12 : du 9^e mois au 12^e mois

4. Recueil des données

Le recueil des données s'est déroulé en deux grandes phases :

Pour la 1^o phase qualitative, nous avons d'abord sélectionné un échantillon de dix participants volontaires ayant tous terminé le programme APSBE. Puis nous avons recueilli les données grâce à des entretiens semi-directifs, en face à face. Ce recueil s'articulait autour de quatre questions principales du canevas d'entretien abordant le ressenti des participants, les facteurs encourageants la pratique d'une activité physique, les limites au suivi du programme, les bénéfices estimés et enfin les propositions d'améliorations. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants puis retranscrits sous forme de verbatim. Annexe 3.

Pour la 2^{ème} phase quantitative, un premier recueil des données pour identifier les motifs et profils des participants a été réalisé par les étudiants de la faculté de médecine Hyacinthe Bastaraud à partir des dossiers médicaux informatisés. Ce travail s'est déroulé dans le cadre de leur option d'exercice médical en médecine générale.

Les variables explorées étaient :

- les caractéristiques des individus (sexe, âge, profession)
- les antécédents médicaux et chirurgicaux
- l'indice de masse corporelle au bilan initial
- la pratique d'une activité physique et sportive antérieure au programme
- le mode d'orientation
- les objectifs initiaux

Nous avons poursuivi l'étude par la réalisation d'un deuxième recueil sur l'ensemble des individus présentant une pathologie chronique et qui avait participé au moins à la première phase des séances d'APA.

Pour cela, nous avons constitué un autre questionnaire téléphonique, plutôt fermé qui portait sur :

Annexe 4

- le parcours au sein du programme APSBE
- le niveau d'activité physique avant et après leur parcours en utilisant le questionnaire International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) raccourci. Ce questionnaire standard permet d'estimer et de classer le niveau d'activité physique des sujets en niveau faible, modéré ou élevé. Annexe 5.
- la pratique d'une activité physique et sportive actuelle
- les bénéfices estimés
- les motifs de l'arrêt du programme
- l'évaluation de satisfaction des sujets
- les perspectives d'amélioration

5. Aspect éthiques et réglementaires

Toutes les personnes interrogées lors de notre enquête ont été informées de notre projet d'étude et ont été libres de refuser d'y participer. Le fichier de données constitué pour la phase quantitative a fait l'objet d'une déclaration normale à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés sous le récépissé n°2176828v0.

6. Analyse statistique

Pour la 1^e phase, les données ont été retranscrites fidèlement et traitées de manière confidentielle. L'analyse des données a consisté en l'identification de locutions clés au sein des verbatim, et au regroupement de ces locutions clés en thématique sur l'ensemble des verbatim. Cette analyse a été réalisée grâce au logiciel ATLAS.ti.

Pour la 2^{de} phase, l'analyse a été réalisée au moyen du logiciel de statistiques R.

Les caractéristiques de la population étudiée ont été décrites en effectifs et en pourcentages pour les variables qualitatives. Elles ont été décrites en moyenne et écart type standard pour les variables quantitatives, sous condition de normalité de la distribution.

Le test de Chi 2 a été utilisé afin d'évaluer l'indépendance entre deux variables qualitatives. Lorsque les conditions d'utilisation du test Chi 2 n'étaient pas remplies, le test de Fisher exact a été utilisé. Le seuil de significativité des tests utilisés était fixé à 5%, toujours en situation bilatérale.

En cohérence avec la méthodologie mise en œuvre, la présentation des résultats procède d'une assimilation des deux phases de l'étude qualitative et quantitative. Les données qualitatives issues des verbatim sont présentées en italique et identifiées par un code associant une lettre (P pour participants) à un chiffre de un à dix.

Résultats

1. Etude qualitative

1.1. Caractéristiques de la population étudiée à la phase qualitative

Parmi les dix personnes rencontrées en entretien, huit d'entre elles étaient des femmes. La moitié des participants avait plus de 65ans et résidait au Abymes. Six des personnes interrogées étaient retraitées. Les personnes avec un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ étaient au nombre de dix et la moitié présentait une obésité morbide. En s'inscrivant au programme, huit participants souhaitaient perdre du poids et six améliorer leur état de santé. Six personnes avaient été orientées par leur médecin et sept ne pratiquaient aucune activité physique et sportive avant leur inscription au programme.

Tableau 1 : Caractéristiques des dix participants à la phase qualitative

| | n |
|--|----------|
| Sexe | |
| Femmes | 8 |
| Hommes | 2 |
| Age | |
| 45-54 ans | 2 |
| 55-64 ans | 3 |
| > 65 ans | 5 |
| Commune | |
| Pointe à pitre | 1 |
| Abymes | 5 |
| Gosier | 2 |
| Goyave | 1 |
| Morne à l'eau | 1 |
| Profession | |
| Sans activité | 1 |
| Retraité | 6 |
| En activité | 3 |
| Activité physique et sportive antérieure | |
| Oui | 3 |
| Non | 7 |
| Pathologies chroniques | |
| Obésité | 10 |
| 30≤Obésité grade 1 ≤34,99 | 2 |
| 35≤Obésité grade 2 ≤39,99 | 3 |
| Obésité morbide≥40 | 5 |
| HTA | 7 |
| Diabète | 2 |
| Mode d'orientation | |
| Entourage | 2 |
| Médias | 3 |
| Médical | 6 |
| Motifs d'inscription | |
| Perte de poids | 8 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Estime de soi | 1 |
| Amélioration de son état de santé | 6 |
| Gain fonctionnel | 2 |
| Se maintenir en forme | 1 |

1.2. Ressenti

Plaisir et dépendance

La notion de plaisir était régulièrement mentionnée. Sept participants éprouvaient du plaisir à se rendre aux séances : « P2 : *Comme je vous ai dit je suis en manque si je ne viens pas. Alors je continue de venir ici ça me plait. On a gardé notre petit groupe, on attend déjà les dossiers d'inscriptions pour la prochaine session.* » « P7 : *J'ai beaucoup apprécié ce programme, avant je ne faisais pas beaucoup de sport.* »

Globalement plus de la moitié des participants interrogés estimaient l'activité physique comme une activité saine bénéfique pour une bonne santé. « P5 : *Je sais que c'est bon pour la santé de faire du sport, de se dépenser.* »

Pour certains une dépendance au sport s'était développée : « P2 : *Comme je vous ai dit je suis en manque si je ne viens pas. Alors je continue de venir ici ça me plait.* » « P4 : *Je marche, j'essaye de mettre en pratique ce que j'ai appris. Mais je continue à venir au CREPS avec les copines. J'ai besoin de venir quand j'ai une baisse de motivation. Ça me permet de les retrouver et de me donner du PEPS avec le coach..* »

1.3 Facteurs encourageants la pratique d'une activité physique

Les éléments favorisant la pratique d'activité physique dans le programme étaient liés à :

- l'effet groupe
- l'encadrement des éducateurs et la prise en charge pluridisciplinaire

L'effet groupe

Les participants du programme décrivaient une solidarité et une cohésion au sein des groupes où l'ambiance était propice à une émulation sportive:

« P1 : *C'est bien, ça vous motive encore plus. Mais oui. C'est comme si vous êtes dans une sorte de compétition. Vous essayez de faire mieux que celle-là. (rire) Lorsqu'on est en groupe on essaye de vouloir faire toujours mieux que les autres. C'est ça. C'est un avantage aussi pour se surpasser.* » « P2 : *Ça m'a aidé de faire des séances en groupe. On est beaucoup plus motivé pour venir aux séances.* » « P7 : *J'ai beaucoup aimé pratiqué du sport en groupe. Ça m'a permis de me surpasser. On était en compétition entre nous. (rire)*»

L'encadrement des éducateurs et la prise en charge pluridisciplinaire

Certains considéraient comme motivant la pratique d'une activité physique en groupe et sous la supervision d'un professionnel. Neuf participants qualifiaient la prise en charge pluridisciplinaire au sein d'une structure comme efficace : « P4 : *Ce que j'ai aimé dans ce programme c'est le fait de rassembler plusieurs professionnels au même endroit.* » « P6 : *C'est une bonne idée de rassembler plusieurs professionnels : les coachs, la diététicienne, la psychologue, les médecins pour nous encadrer. C'est vraiment le plus de ce programme. On a tout à porter de mains.* »

Les participants étaient unanimement élogieux concernant le professionnalisme des éducateurs en activité physique : « P1 : *Parce qu'on fait des activités adaptées à notre situation c'est déjà une bonne chose. On ne vous pousse pas à faire des choses que vous ne pouvez pas faire ! Mais on vous accompagne, vous êtes bien entourés.* » « P7 : *Les coachs aussi nous motivaient. Ils nous corrigeaient souvent si on faisait mal un exercice. Ils nous apprenaient comment faire les mouvements chez nous. Ils nous conseillaient pour éviter de se blesser.* »

« P3 : *Faudrait qu'il y ait, comment je pourrai dire ça, en gros: le coach ne doit pas s'abaisser à nous. Faut être sévère. La sévérité aussi et la rigueur. Si elle n'était pas dure avec nous je serais déjà partie depuis longtemps. Des fois elle est dure, ça m'arrange ! Ça m'arrange ! C'est pour cette raison que j'aime venir aussi. Elle nous fait travailler* »

1.4 Limites au suivi du programme

Les obstacles au suivi du programme APSBE portaient sur :

- l'aspect financier
- la phase d'autonomie
- les activités

L'aspect financier

Sept participants déclaraient le prix comme un obstacle à la pratique d'une activité physique : « P1 : *La seule chose de négative que j'aurai à dire : c'est le prix. C'est cher. Je pense que c'est la raison pour laquelle certains ont abandonné.* » et suggérait une meilleure prise en charge par la sécurité sociale « P2 : *Ce serait vraiment bien si la sécurité sociale ou la mutuelle pouvaient prendre en charge une partie des frais pour notre santé. Mais bon comme on dit la santé n'a pas de prix.* » « P5 : *Au moins si la sécurité sociale prenait un peu plus en charge, ça aurait peut-être eu une autre portée. Ya certaines personnes qui auraient bien voulu suivre le programme mais quand on vous donne le prix ça c'est pas possible* ».

La phase d'autonomie

La période d'autonomie était mal acceptée par la majorité des participants, elle était vécue comme une coupure dans le processus de reprise d'une activité physique.

Six participants qualifiaient la phase d'autonomie comme un frein au suivi du programme : « P2: *Ah oui la phase d'autonomie je n'ai pas du tout aimé, pas du tout. J'ai compris après que c'était pour qu'on s'habitue à faire des exercices seuls mais je n'étais pas prête. Je ne me sens pas autonome.* »
 « P7 :*Et puis ça été difficile après la période d'arrêt de reprendre.* ». « P9 : *La phase d'autonomie a un peu cassé le rythme ça n'était pas bénéfique.* » « P10 : *Le programme est bien, mais la période d'autonomie est trop longue.* »

Les activités

La répétition des activités au sein du programme pouvait générer une lassitude et une baisse de motivation.

Plus de la moitié des participants regrettaient l'absence d'autres activités et proposaient de les diversifier : « P8 : *C'est une des choses que j'aurai souhaité qu'on intègre dans le programme : la piscine. Ça aide et ça soulage les articulations surtout quand on est grosse.* »

Les autres obstacles cités étaient liés aux contraintes organisationnelles et aux contraintes en rapport avec leur état de santé: « P6 : *J'ai pris 5kgs mais faut dire que je me suis arrêtée un mois et demi. C'est tombé pendant la phase d'autonomie, je n'ai rien fait parce que je m'étais faite opérée donc il fallait que j'arrête.* » « P7 : *J'ai dû arrêter un moment le programme parce que j'étais malade, la mauvaise grippe et puis ça été difficile après la période d'arrêt de reprendre.* »

Le tempérament solitaire et méfiant pouvait aussi restreindre la prise de contact et la poursuite d'activité physique au sein du groupe : « P6 : *En fait j'aime bien être seule. Mais il faut les 2 je pense. Parce que comme ça y a l'émulation, la compétition. Donc ça vous incite.* »

Les relations privilégiées avec certains éducateurs pouvaient constituer un obstacle aux suivis des séances : « P7 : *Par contre ce qui est embêtant, c'est qu'on n'a pas envie de changer d'intervenants. Ya des coachs que je préférais à d'autres. Il faudrait garder le même groupe et le même coach.* »

1.5 Bénéfices estimés

Les bénéfices estimés portaient sur différents domaines :

- les capacités physiques
- l'aspect esthétique
- le bien être psychique
- la nutrition

-les connaissances

-l'aspect social

-Les capacités physiques

L'activité physique permettait de récupérer ou de maintenir une capacité physique, jugée importante au quotidien.

La moitié des participants estimait avoir amélioré leur capacité physique, gagné en mobilité et en souplesse : « P7 : *Depuis que j'ai fait ce programme je suis devenue plus souple. Je bouge plus. Je me sens mieux. J'étais souvent fatiguée et là je me sens plus dynamique.* » « P8 : *Pour monter les escaliers c'était difficile. J'avais du mal. J'arrive à bouger plus facilement.* »

La perte de poids constituait une motivation fréquente pour pratiquer une activité physique.

Sept participants déclaraient avoir maigri : « P1 : *Quand j'ai commencé le programme j'étais à 117kgs et je suis arrivée à 104. J'ai perdu du poids. C'était mon objectif perdre du poids.* ».

L'activité physique permettait de stabiliser son poids à défaut de pouvoir en perdre : « P3 : *Je n'ai pas beaucoup maigri malheureusement mais ça viendra. C'est sûr que je voulais perdre des kilos en m'inscrivant.* »

-L'aspect esthétique

Avoir une belle apparence, une belle image corporelle représentait une source de motivation à la pratique d'une activité physique et un bénéfice que les autres pouvaient remarquer: « P3 : *Mais je trouve que mes cuisses sont devenues plus fermes, ma silhouette a changé. J'ai moins de culotte de cheval. Après comme on nous l'a dit ce n'est pas un centre de minceur.* » « P5 : *Quand j'étais mince, je m'habillais comme une princesse. J'aimais m'habiller, j'étais très coquette. Depuis que j'ai pris du poids, j'ai du mal à m'habiller. J'étais complexée dans tous mes vêtements. Quand j'allais chez le médecin, je serrai, je serrai pour rentrer mon ventre...Maintenant je peux mettre mes vieux vêtements. Quand je me vois dans le miroir(rire) ben je suis contente..»*

-Le bien être psychique

Plusieurs participants retrouvaient la fierté, la confiance et l'estime de soi, en réussissant à dépasser leurs limites physiques et psychologiques: « P1 : *J'ai été jusqu'au bout. Ça fait du bien ! Je sens que je suis mieux qu'au départ y a une amélioration en tout.* » « P4 : *Au début j'avais tellement mal avant, mais là j'ai moins mal. J'ai fait 8km. Je suis fière de moi.* »

Le moment consacré à l'activité physique était perçu comme un échappatoire transitoire aux problèmes. Il permettait de se changer les idées et d'oublier les soucis. Plusieurs participants signalaient une sensation de bien-être :Six participants considéraient l'activité physique comme un moyen de diminuer le stress: « P10 : *Ça apporte beaucoup tant au point de vue physique*

qu'émotionnel, vous voyez ! Se sentir bien. Quand on sort du sport on se sent bien, on se sent plus relaxe. » La moitié estimait avoir une meilleure estime d'eux : « P2 : *Je me sens beaucoup mieux dans mon corps quand je me regarde dans le miroir. On ressent un bien-être. Ça été très bénéfique et j'en ressens les effets. Je suis plus détendu. »*

La nutrition :

Six participants déclaraient avoir changé leurs habitudes alimentaires : « P9 : *Déjà au niveau de l'alimentation, j'ai éliminé le sucre. Je mangeais beaucoup sucrée. Je ne prends plus de sucre dans mon café le matin. Et le pain, j'en mangeais à tous les repas. La diététicienne m'a beaucoup aidé pour ça. Elle m'a fait diminué ma consommation de pain et de sucre bien sûr. »*

Les connaissances :

Plusieurs participants estimaient avoir amélioré leurs connaissances dans le domaine de l'activité physique: « P9 : *C'était une expérience enrichissante. J'ai appris beaucoup de choses. Comment pratiquer du sport, quels exercices faire ? Avant j'avais beaucoup d'appréhension, je pensais que je ne pouvais pas faire de sport avec mes problèmes de dos. »* « P10 : *Je fais du fitness le soir en sortant du boulot. Mais je n'y vais pas régulièrement avec les horaires du travail. C'est compliqué. Le programme m'a fait prendre conscience de l'importance de l'activité physique sur la santé alors je me donne les moyens. »*

L'aspect social :

La pratique d'une activité physique au sein du programme favorisait le partage et l'ouverture aux autres.

Au-delà d'être vu comme une activité saine pour la santé, huit participants estimaient cette pratique comme un facteur de socialisation : « P6 : *Je retrouve les copines on discute et on se dépense aussi. Nous qui ne sommes plus salariés ça nous permet de rencontrer du monde de sortir du train-train quotidien. »*

Activité physique et sportive actuelle :

Certains décrivaient une prise de conscience sur la nécessité de changer leur habitude. Huit participants déclaraient continuer à pratiquer au quotidien une activité physique et sportive : « P6 : *Bon on ne peut pas être et avoir été ça c'est clair et net. Alors je viens toujours et je fais un peu de marche à côté. »* « P8 : *J'essaye de continuer à la maison de mettre en pratique ce qu'on nous a appris. Je fais un peu de marche aussi avec une association deux fois par semaine. Après ce n'est pas toujours évident, on est obligé de composer avec la douleur »* « P10 : *Je fais du fitness le soir en sortant du boulot. Mais je n'y vais pas régulièrement avec les horaires du travail. C'est compliqué. Le programme m'a fait prendre conscience de l'importance de l'activité physique sur la santé alors je me donne les moyens. »*

1.6 Satisfaction

Tous ceux qui avaient terminé le programme en phase qualitative se disaient satisfait de ce programme : « P1 : *C'est un programme qui est bien, comment dirais-je qui peut apporter beaucoup surtout aux personnes obèses ou aux personnes qui ont pas mal de pathologies. C'est vrai j'étais satisfaite pour ça*

très satisfaite. » « P3 : *C'est une bonne initiative. Après rien n'est parfait, ya toujours des améliorations à apporter. Mais dans l'ensemble je suis satisfaite.* » « P7 : *J'ai beaucoup apprécié ce programme, avant je ne faisais pas beaucoup de sport.* »

Cette satisfaction avait incité sept participants à se réinscrire l'année suivante au programme : « P2 : *On a gardé notre petit groupe, on attend déjà les dossiers d'inscriptions pour la prochaine session.* »

1.7 Propositions d'améliorations

Parmi les propositions d'améliorations, plus de la moitié des participants auraient souhaité des aides financières ou des tarifs abordables : « P2 : *Il devrait faire des tarifs pour les séniors. Ce serait vraiment bien si la sécurité sociale ou la mutuelle pouvait prendre en charge une partie des frais pour notre santé. Mais bon comme on dit la santé n'a pas de prix.* »

Les autres pistes d'améliorations mentionnées portaient sur les équipements, les activités : « P3 : *Comme amélioration, le prix est à revoir. C'est pour moi le plus gros souci. Après on peut toujours changer les appareils sur lesquels on travaille. Ils ne sont pas très modernes. Varier les activités mais bon tout ça à un coût aussi donc le prix risque de changer aussi.* »

2 Etude quantitative

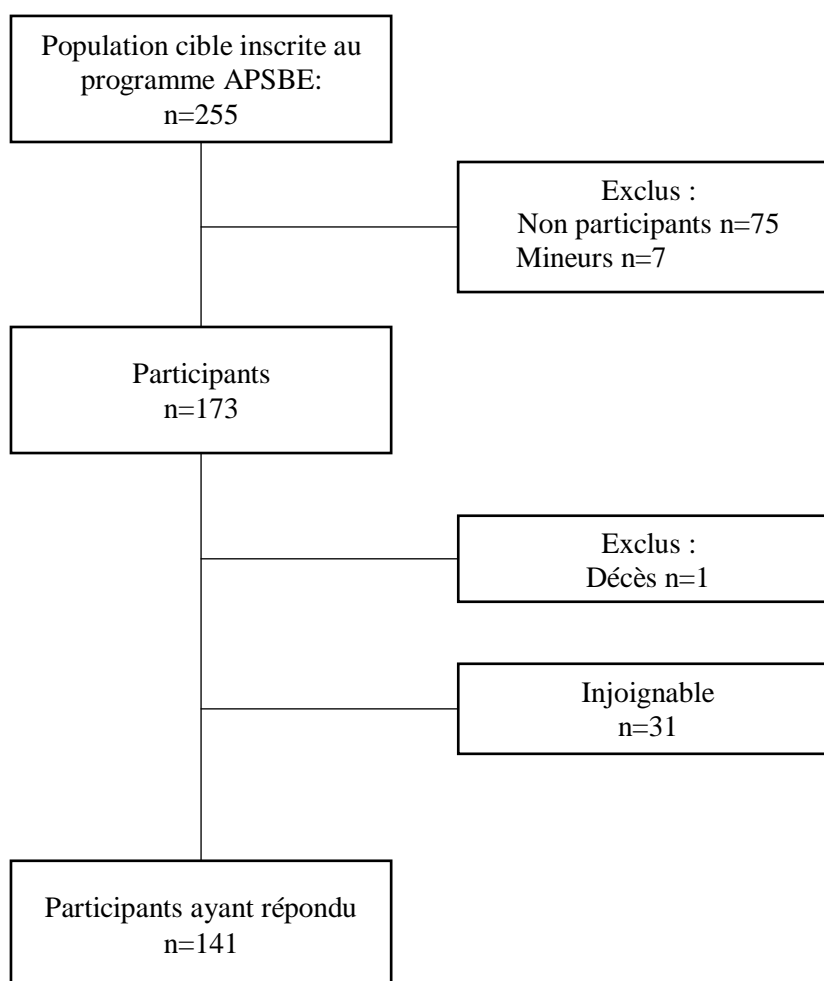
Les individus inscrits au programme APSBE étaient au nombre de 255.

Parmi les 255 inscrits, 173 personnes ont réellement participé aux séances d'activité physique adaptée avec les éducateurs. Le taux de participation au programme était de 68%.

Nous avons réussi à obtenir 141 réponses au questionnaire.

Le taux de réponse à notre étude était de 81%.

Figure 2 : Diagramme de flux de la population d'étude à la phase quantitative



2.1. Caractéristiques de la population étudiée

Notre population d'étude était constituée de 91% de femmes (n=128) et de 9% d'hommes (n=13). 76%(n=106) des participants avaient plus de 45ans. Ceux qui étaient âgés de moins de 24ans représentaient 1%(n=2). La tranche d'âge la plus représentée était celle de 45 à 54 ans avec un taux de 31%(n=43). Les communes qui domiciliaient le plus de participants étaient : les Abymes 32%(n=45), le Gosier 18%(n=25), Baie Mahault 13%(n=18) et Pointe à pitre 12%(n=17). Parmi les participants, 66% (n=93) étaient en activité et 21% (n=30) étaient à la retraite. La profession la plus représentée était celle des employés avec un taux de 56% (n=79). 80% (n=113) des participants avaient un $IMC \geq 30\text{kg/m}^2$ et 30% (n=42) avaient une obésité morbide. Les personnes hypertendues représentaient 45% (n= 63) de la population étudiée et les diabétiques 21%(n=29). 65% (n=92) des participants déclaraient ne pas pratiquer d'activité physique et sportive avant leur inscription au programme APSBE.

Tableau 2 : Caractéristiques de la population étudiée à la phase quantitative (n=141)

| | n | % |
|---|-----|----|
| <i>Sexe</i> | | |
| Femmes | 128 | 91 |
| Hommes | 13 | 9 |
| <i>Age</i> | | |
| ≤24ans | 2 | 1 |
| 25-34 ans | 10 | 7 |
| 35-44 ans | 23 | 16 |
| 45-54 ans | 43 | 31 |
| 55-64 ans | 39 | 28 |
| ≥65 ans | 24 | 17 |
| <i>Commune</i> | | |
| Abymes | 45 | 32 |
| Baie Mahault | 18 | 13 |
| Gosier | 25 | 18 |
| Goyave | 3 | 2 |
| Lamentin | 4 | 3 |
| Morne à l'eau | 7 | 4 |
| Petit bourg | 8 | 6 |
| Pointe à pitre | 17 | 12 |
| Sainte anne | 10 | 7 |
| Sainte rose | 4 | 3 |
| <i>Profession</i> | | |
| Sans activité | 18 | 13 |
| Retraité | 30 | 21 |
| En activité: | 93 | 66 |
| Cadre | 8 | 6 |
| Employé | 79 | 56 |
| Libéral | 6 | 4 |
| <i>Pathologies chroniques</i> | | |
| HTA | 63 | 45 |
| Diabète | 29 | 21 |
| Obésité | 113 | 80 |
| 30≤ Obésité grade 1 ≤ 34,99 | 39 | 27 |
| 35≤ Obésité grade 2 ≤ 39,99 | 32 | 23 |
| Obésité morbide ≥40 | 42 | 30 |
| <i>Activité physique et sportive antérieure</i> | | |

| | | |
|-----|----|----|
| Oui | 49 | 35 |
| Non | 92 | 65 |

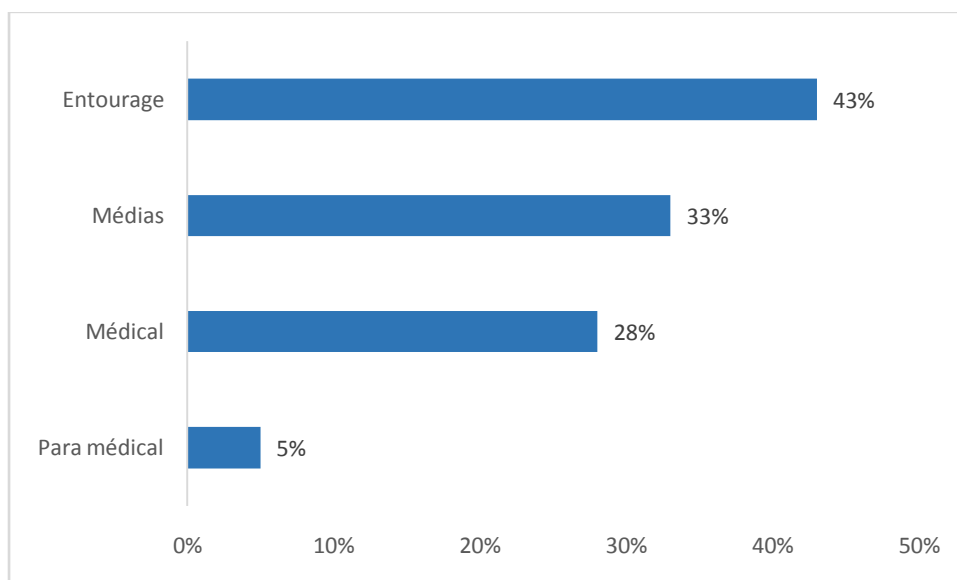
2.2 Orientation et motivation

Orientation

43%(n=60) des participants s'étaient inscrits au programme sur les conseils de leur entourage et 33%(n=46) via les médias.

Ceux qui avaient été orientés par leur médecin représentaient 28% (n=40).

Figure 3 : Les principaux modes d'orientation

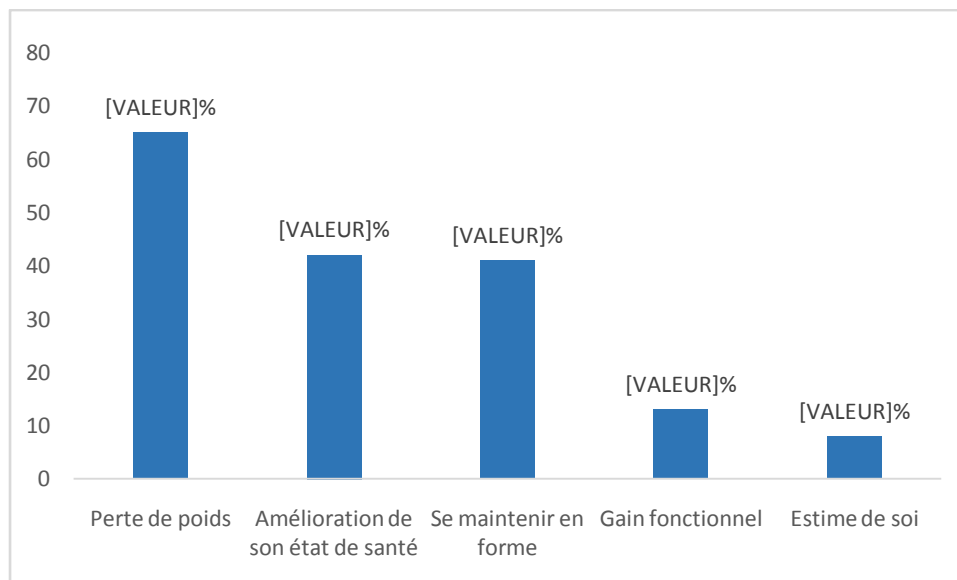


Motivation

Les principales motivations pour s'inscrire au programme APSBE étaient :

- la perte de poids pour 65% ;
- l'amélioration de son état de santé pour 42% ;
- se maintenir en forme pour 41% ;
- le gain fonctionnel pour 13% ;
- l'estime de soi pour 8% ;

Figure 4 : Les principales motivations d'inscription au programme APSBE



2.3. Les bénéfices estimés

Niveau d'activité physique : l'IPAQ

IPAQ avant le programme

35%(n=49) des participants avaient un niveau d'activité physique modéré et 65%(n=92) un niveau faible. Aucun participant n'avait un niveau d'activité physique élevé. Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre l'IPAQ avant le programme et l'âge, ni le sexe.

IPAQ après le programme

Après le programme, 63%(n=89) des participants pratiquaient une activité physique et sportive qu'ils aient arrêté ou continué celui-ci. Parmi eux 38%(n=54) avaient une activité en groupe, 33%(n=46) seule et 8% (n=11) une activité mixte.

Le taux de personnes pratiquant une activité en groupe était significativement plus élevé parmi ceux qui avaient continué le programme. ($p = 1.800E-6 < 0.0001$)

Après le programme, 40% (n=56) des participants avaient un niveau d'activité physique faible et 60% (n=86) un niveau d'activité physique modérée. Aucun participant ne présentait un IPAQ élevé. Le taux de participants avec un niveau d'activité physique modéré après le programme (n=61 ; 74%) était significativement plus élevé parmi ceux qui continuaient le programme. ($p=5.442E-5 < 0.0001$)

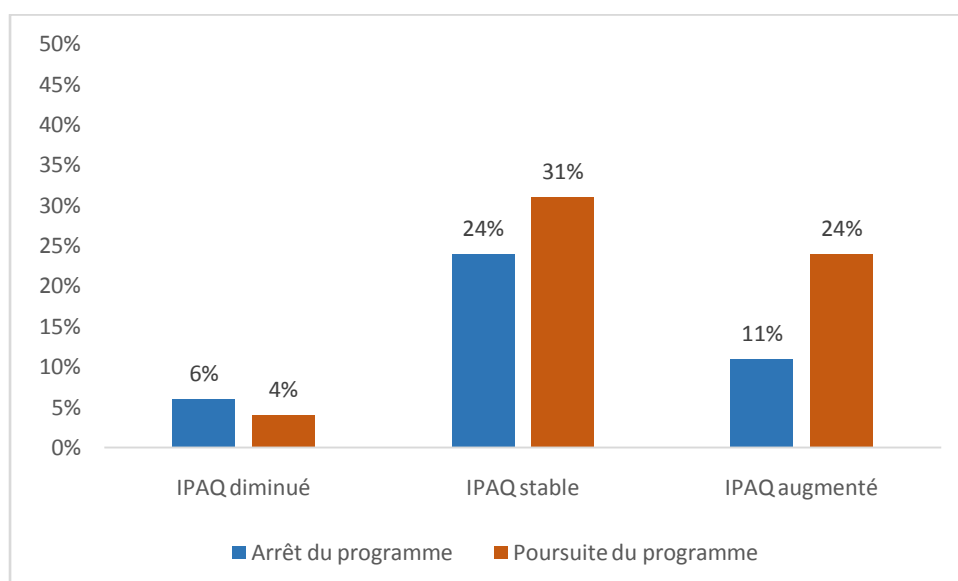
Evolution de l'IPAQ

Selon l'évolution du niveau d'activité physique, 55 % (n=77) des participants avaient un niveau d'activité qui était resté stable, 35% (n=50) avaient amélioré leur niveau d'activité et 10% (n=14) avaient diminué leur niveau. Cette évolution de l'IPAQ n'était pas statistiquement associée au suivi du programme.

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre l'évolution du niveau d'activité physique et le sexe ni l'âge.

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre l'évolution du niveau d'activité physique et la présence de pathologies chroniques (HTA, diabète et obésité)

Figure 5 : Evolution de l'IPAQ selon le suivi du programme

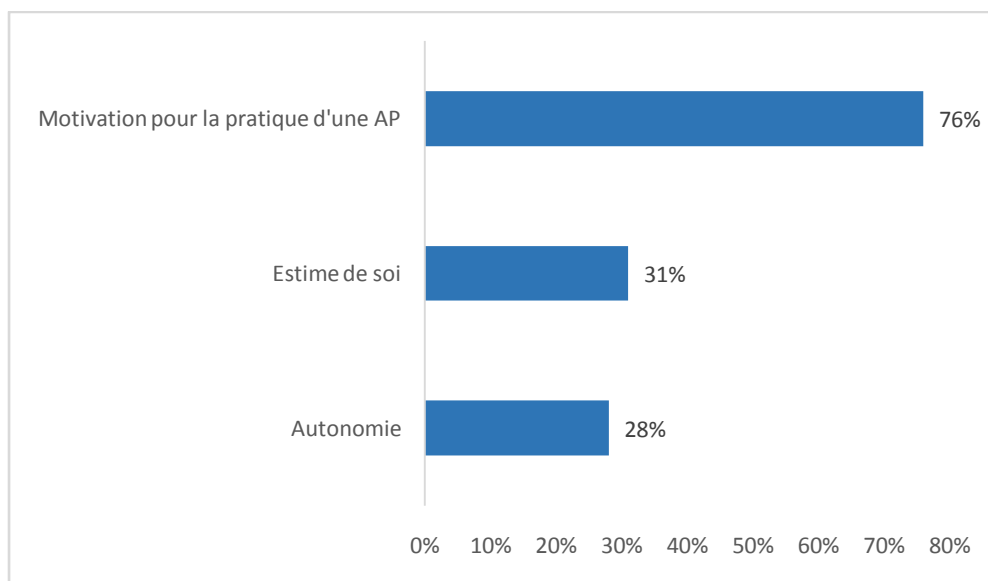


Bénéfices physiques et psychiques

Le taux de participants soit 84% (n=69) qui déclaraient avoir renforcé leur motivation pour la pratique d'une activité physique régulière était significativement plus élevé parmi ceux qui continuaient le programme ($p=0.0068713397351549$).

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le gain d'autonomie, une meilleure estime de soi et le suivi du programme.

Figure 6 : Les principaux bénéfices estimés



2.4 Les limites et motifs d'arrêt du programme

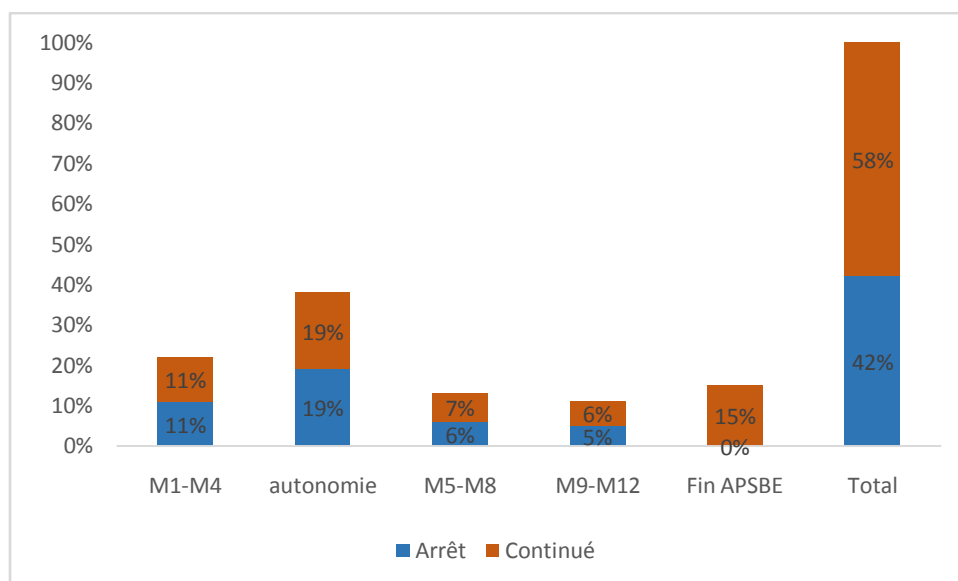
Au cours du programme APSBE, 58% (n=82) des participants ont continué le programme, 42% (n=59) l'ont arrêté et 19% (n=11) des participants l'ont arrêté en période d'autonomie.

Le fait d'arrêter le programme n'était pas significativement associé au :

- sexe
- l'âge
- aux pathologies chroniques (HTA, diabète, obésité)
- aux objectifs d'inscription
- à la pratique d'une activité antérieure

Le taux des participants qui avaient arrêté le programme était significativement plus élevé soit 81% (n=48) parmi ceux qui n'avaient pas été orientés par leur médecin. (p= 0.0297)

Figure 7 : Suivi des participants au sein du programme APSBE



Nous avons demandé aux participants qu'elles étaient selon eux les principales raisons de leur arrêt.

Les deux principales raisons les plus fréquemment citées étaient :

- les difficultés financières lié aux coûts élevés du programme pour 26% (n=36)
- le manque de temps lié à un emploi du temps surchargé pour 17%(n=24)

Tableau 3 : Principaux freins au suivi du programme

| | (n) | % |
|-------------------------|-----|----|
| <i>Arrêts</i> | | |
| Oui | 59 | 42 |
| Non | 82 | 58 |
| <i>Motifs d'arrêts</i> | | |
| Raison financière | 36 | 26 |
| Manque de temps | 24 | 17 |
| Raison de santé | 13 | 9 |
| Raison personnelle | 16 | 11 |
| Baisse de la motivation | 8 | 6 |
| Éloignement | 10 | 7 |
| Manque d'intérêt | 6 | 4 |

2.5 Satisfaction du programme

Satisfaction générale

A la question « Etes-vous satisfait du programme APSBE ? » 21% (n=30) ont répondu être « très satisfait », 67% (n=94) ont répondu être « plutôt satisfait » et 12% (n=17) ont répondu être « plutôt insatisfait ». Aucune personne n'avait déclaré être « très insatisfaite ».

Parmi ceux qui avaient arrêté le programme, le taux de participants « plutôt insatisfait » 29% (n=17) étaient significativement plus élevés ($p < 0.0001$).

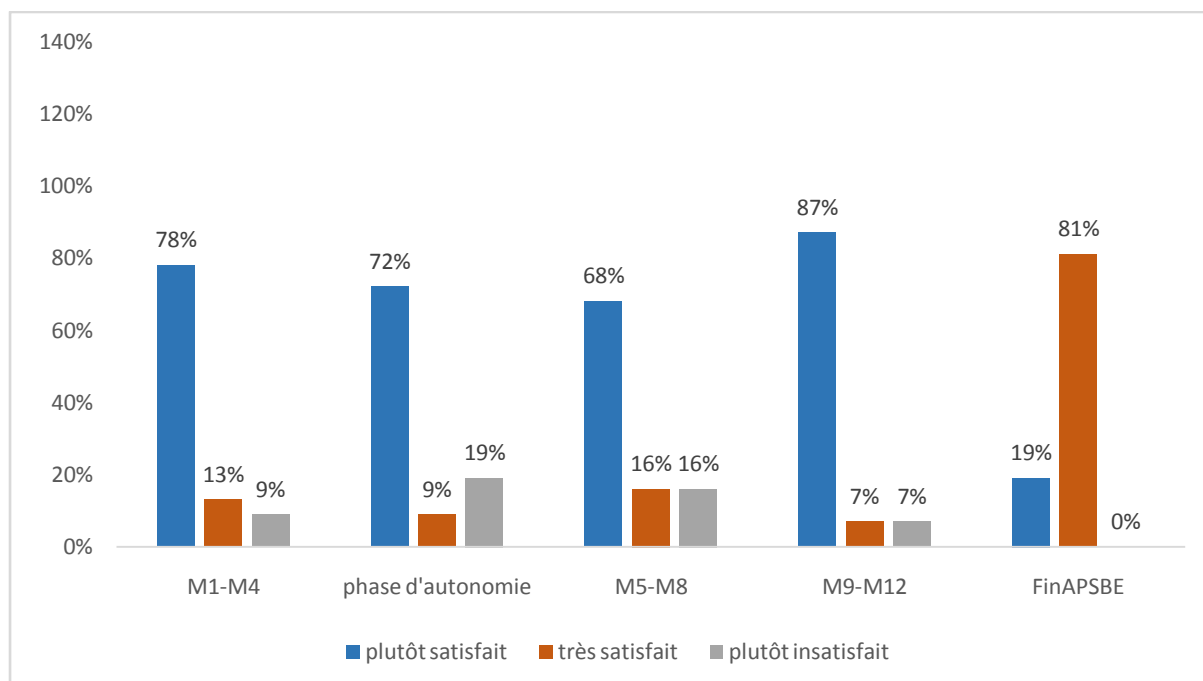
Dans le groupe de personnes qui avait continué le programme, aucunes d'entre elles n'avaient déclaré être « plutôt insatisfaite » ou « très insatisfaite ».

Tableau 4 : Avis des participants sur leur satisfaction générale du programme APSBE

| Etes-vous satisfait du programme ? | Arrêt du programme | | Poursuite du programme | | P < 0.0001 |
|------------------------------------|--------------------|----|------------------------|----|------------|
| | n | % | n | % | |
| Très satisfait | 0 | 0 | 30 | 37 | |
| Plutôt satisfait | 42 | 71 | 52 | 63 | |
| Plutôt insatisfait | 17 | 29 | 0 | 0 | |
| Très insatisfait | 0 | 0 | 0 | 0 | |

La proportion des participants qui étaient plutôt insatisfait étaient plus importante (n=10 :19%) en période d'autonomie.

Figure 8 : Avis des participants sur le programme APSBE en fonction de leurs parcours



Evaluation de l'encadrement

A la question « Etes-vous satisfait de l'encadrement ? » 22% (n=31) déclaraient être « très satisfait » et 78% (=110) « plutôt satisfait ». Aucun participant n'avait mentionné être « plutôt insatisfait » ou « très insatisfait ».

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le niveau de satisfaction et le suivi du programme.

Tableau 5 : Evaluation de l'encadrement par rapport au suivi du programme

| | Arrêt du programme | | Poursuite du programme | | |
|--|--------------------|----|------------------------|----|-----------|
| Etes-vous satisfait de l'encadrement ? | n | % | n | % | p=0.22059 |
| Très satisfait | 10 | 17 | 21 | 83 | |
| Plutôt satisfait | 49 | 26 | 61 | 74 | |
| Plutôt insatisfait | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Très insatisfait | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Réinscription

Sur l'ensemble des participants 70% (n=98) souhaitent se réinscrire au programme APBSE.

Le souhait de se réinscrire était significativement associé au fait de continuer à pratiquer une activité physique et sportive (p= 0.019)

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le désir de se réinscrire et le sexe, ni l'âge.

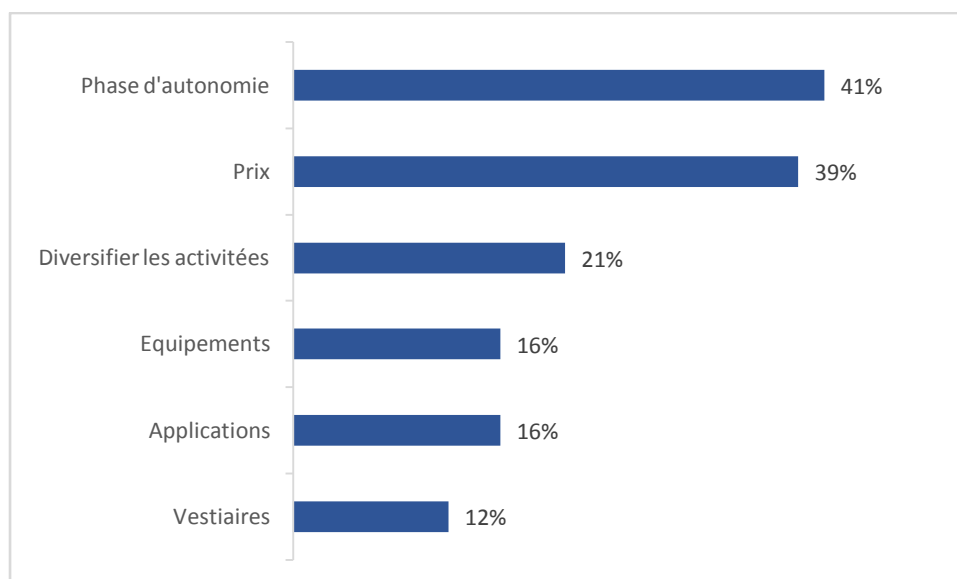
2.6. Les perspectives d'améliorations

Nous avons demandé aux participants quelles étaient selon eux les améliorations à apporter au programme.

Les propositions citées par ordre de fréquence étaient :

- la réévaluation de la durée de la phase d'autonomie pour 41% (n=58) ;
- la réduction des frais d'inscription par une prise en charge partielle des coûts au niveau de la sécurité sociale ou la mise en place d'aide financière pour 39% (n=56) ;
- la diversification des activités proposées pour 21% (n=29) ;

Figure 9 : Les principales pistes d'améliorations évoquées par les participants



Discussion

La pratique d'une activité physique encadrée au sein du programme APSBE intéressait essentiellement les femmes âgées de plus de 45 ans qui résidaient à côté du centre de santé du CREPS dans la communauté d'agglomération de CAP excellence : Pointe à Pitre, Abymes et Baie Mahault. La majorité d'entre elles étaient actives et ne pratiquaient pas d'activité physique et sportive avant leur inscription au programme. Plus des deux tiers de ces femmes présentaient un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ et souhaitaient principalement perdre du poids puis améliorer leur état de santé en participant à ce programme. Moins d'un tiers des participants s'étaient inscrits sur les conseils de leur médecin traitant.

Dans le suivi du programme, plus d'un tiers des participants ont arrêté principalement au moment de la période d'autonomie. Les principales raisons évoquées étaient liées au coût financier trop élevé et au manque de temps. Malgré tout, la moitié des participants sont allés au bout du programme. Parmi eux, 24% avaient amélioré leur niveau d'activité physique. Globalement les participants étaient plutôt satisfaits de l'encadrement par les éducateurs et appréciaient la pratique en groupe.

1. Forces et limites de l'étude

L'absence d'étude s'intéressant en Guadeloupe à la pratique d'une activité physique adaptée aux pathologies chroniques au sein d'une approche pluridisciplinaire rendait notre travail original.

La force de notre étude résidait dans le choix de la méthode adoptée.

Cette méthode mixte permettait à la phase qualitative une approche exploratoire du problème. Les questions ouvertes lors des entretiens semi dirigés permettaient d'élargir les pistes de réflexions et de balayer les réponses possibles. La phase quantitative, nous a permis d'évaluer les phénomènes explorés afin de mieux les comprendre.

Par ailleurs, l'absence de triple codage à la phase qualitative pouvait entraîner un biais d'interprétation dans notre étude.

De plus, l'environnement dans lequel se déroulait les entretiens a pu entraîner des sollicitations au quotidien et induire un potentiel biais externe.

Les entretiens en face à face et l'expérience récente de l'enquêteur au mode de recueil d'une étude qualitative ont pu influencer le discours des participants.

Le souci d'apparence et de faire bonne impression sont très présents chez les sujets atteints de pathologie chronique tel que l'obésité. A la phase quantitative, les réponses aux questions sur le niveau d'activité physique ont pu être surestimées par les participants au téléphone créant un biais d'interprétation.

En l'état actuel de nos connaissances, il n'existe pas de programme ou de dispositif similaire à celui du programme Activité Physique, Santé et Bien-Etre du CREPS Antilles-Guyane. La majorité des programmes d'AP sont en général centrés sur la pratique d'une activité physique adaptée à une pathologie spécifique. Les réseaux de sport-santé dispensent à partir d'une prescription sur ordonnance du médecin généraliste, des conseils en activité physique adaptée par l'intermédiaire d'un éducateur spécialisé ou des associations en fonction des régions. La difficulté de notre étude était donc de comparer les résultats obtenus à ceux d'autres études en l'absence de programme similaire et à ceux d'autres études de méthodologies différentes.

La féminisation

Notre échantillon était représenté essentiellement de femmes en obésité avec un faible niveau d'activité physique.

Les femmes et l'obésité

La proportion importante de femme en obésité dans notre étude était retrouvée dans plusieurs études régionales

Dans l'enquête Kannari étudiant les prévalences du surpoids et de l'obésité au sein des populations guadeloupéenne et martiniquaise en 2013, les femmes étaient plus souvent en surcharge pondérale que

les hommes : 63 % contre 49 %, ce qui correspondait à des prévalences de surpoids de 32 % et d'obésité de 31% pour les femmes. (9)

Ce constat était également retrouvé dans l'enquête du baromètre de santé DOM en 2014. (20) Les femmes étaient deux fois plus touchées que les hommes par l'obésité soit un taux de 22 % versus 11 % en Guadeloupe.

Corroborés par le Baromètre Santé DOM et par l'étude Kannari, nos résultats confortaient l'existence d'un réel problème d'obésité parmi les femmes antillaises.

Les femmes et l'activité physique

Avant leur participation au programme, 65% de notre échantillon représenté essentiellement par des femmes ne pratiquaient pas d'activité physique et sportive.

L'étude APHYGUAD évaluant le niveau d'activité physique de la population générale avait montré également que 55.2% de la population adulte ne pratiquait pas d'activité sportive régulière. Cela concernait davantage les femmes que les hommes : 60.5% des femmes ne pratiquaient pas de sport (contre 49.2% chez les hommes) et 39.6% des femmes en pratiquait. (15)

L'étude de Josué Mounsamy dressant un état des lieux sur la pratique de l'AP en Guadeloupe avait également souligné que les hommes étaient plus nombreux que les femmes à atteindre un niveau d'activité physique favorable à la santé (42.4% vs 31.8%). (16)

Une autre enquête du baromètre santé DOM évaluant la fréquence de l'activité physique par le nombre de jours par semaine (au moins 30 minutes d'activité physique), rapportait une pratique d'activité physique régulière plus fréquente parmi les hommes (38 % vs 25 % des femmes). (20)

Le niveau d'activité physique

IPAQ avant le programme :

Dans notre étude seulement un tiers des participants avaient un niveau d'activité physique modéré, favorable à la santé et deux tiers avaient un niveau d'activité faible.

Ces chiffres étaient comparables aux données retrouvées dans l'étude de Josué Mounsamy qui révélait que 36.1% des guadeloupéens atteignaient un niveau d'activité physique favorable à la santé, 23.3% un niveau moyen et 40.6% un niveau limite

IPAQ après le programme

Après le programme, la moitié des participants n'avait pas modifié leur niveau d'activité physique. Seul un tiers l'avait augmenté et 10% l'avait diminué.

D'après une étude menée sur un dispositif Strasbourgeois destiné à encourager par une prescription médicale la pratique d'activité physique chez des personnes atteintes de maladies chroniques avec un

éducateur sportif : Le score d'activité physique de Ricci et Gagnon avait été significativement amélioré après 6 mois de suivi et ceci d'autant plus que la participation aux activités du dispositif avait été importante. (21)

L'activité physique en groupe et encadrée

Le profil « type » du participant au programme APSBE était une femme, active de plus de 45 ans souhaitant une pratique en groupe et encadrée. Ce profil était semblable à celui des utilisateurs des P3S(18).

L'encadrement des éducateurs et l'effet groupe étaient les facteurs les plus cités par les participants en entretien pour favoriser le suivi du programme. L'absence de ces facteurs pouvaient entraîner un frein à la pratique d'une activité physique et sportive. En effet l'étude sur les forces et faiblesses des dispositifs P3S a révélé que l'un des obstacles à l'utilisation des parcours était le manque d'encadrement rapporté par les utilisatrices.

Le manque d'encadrement représentait la deuxième raison évoquée pour expliquer l'absence d'utilisation de ces dispositifs.

En 2010 selon les chiffres du Ministère des Sport, les pratiquants (22) d'une activité physique et sportive avaient recours à un moniteur, professeur, éducateur ou animateur dans 33 % des cas. Les adhérents à une structure avaient une pratique encadrée dans près de 80 % des cas.

De plus l'étude de Aarnio a également montré que l'engagement des individus dans des activités sportives organisées entraînait plus souvent une pratique sportive pérenne. (23)

Dans une enquête qualitative menée auprès des patients bénéficiaires du dispositif strasbourgeois sport santé sur ordonnance, les patients se disaient attacher à l'accompagnement de qualité et l'écoute des éducateurs sportifs aussi bien de la ville que des associations partenaires du dispositif. (24)

Les motivations d'inscription au programme

Les principaux motifs d'inscription au programme dans notre étude étaient la perte de poids puis l'amélioration de son état de santé.

Une étude IPSOS 2006 (25) réalisée sur le diagnostic et l'analyse des pratiques d'activités physiques et sportives chez les femmes en Guadeloupe montrait que les bienfaits du sport sur la santé étaient souvent avancés par les femmes pour justifier leur choix d'une pratique sportive. La recherche d'un effet de « détente » ou de « bien-être » était la deuxième motivation puis la perte de poids.

Dans l'étude APHYGUAD(15) les deux principales motivations à la pratique sportive étaient le plaisir et la détente dans les deux sexes. Cependant la majorité des femmes justifiaient la pratique d'une activité sportive par le fait que le sport leur permettait de garder la ligne.

Cette différence avec notre étude s'expliquait aussi par le recrutement important de personnes présentant des problèmes de poids (surpoids et obésité)

Les limites

Les principales limites avancées dans notre étude étaient les raisons financières, le manque de temps et l'état de santé

Selon l'étude IPSOS, les problèmes de santé et le manque de temps représentaient à part égale les principales raisons spontanément déclarées par les femmes pour expliquer l'absence d'exercice sportif. Concernant l'étude APHYGUAD, le manque de temps était la principale raison mentionnée comme obstacle à la pratique sportive. Elle a été citée par 53,8 % des personnes qui ne pratiquaient pas de sport.

La phase d'autonomie

Une mise en autonomie des participants à un tel programme semblait être nécessaire mais difficile. En effet, elle a eu des effets freinateurs avec une perte de motivation du fait de sa durée et de son apparition trop précoce dans le programme.

En effet, notre étude a souligné un taux plus important d'arrêt du programme à la phase d'autonomie. Parmi les participants qui souhaitaient se réinscrire, beaucoup ne se sentaient pas assez autonome. Ce constat était également observé dans le dispositif strasbourgeois où l'autonomie était souvent citée comme un facteur à l'origine de la sortie des participants. (26)

2. Les perspectives d'améliorations

Malgré les nombreux abandons, les deux tiers des sujets souhaitaient se réinscrire sous réserve de mesures visant à améliorer le programme comme : la réévaluation de la durée de la phase d'autonomie et la réduction des frais de participation.

La phase d'autonomie

Il apparaît important d'améliorer cette période en réduisant sa durée et sa fréquence. De plus une évaluation de la motivation des participants avant leur mise en situation d'autonomie, selon le modèle transthéorique du changement développé par Prochaska et DiClemente,(27), permettrait de mieux cibler ceux qui ne seraient pas prêts.

D'autre part une mise en situation progressive sur des activités spécifiques réalisées en groupe et en semi autonomie telque les P3S, la marche et les activités aquatiques permettrait de mieux adapter la phase d'autonomie à chaque participant.

Les frais de participation

Les difficultés financières lié aux frais de participation constituaient le premier motif d'arrêt du programme à la phase quantitative et qualitative.

Une prise en charge partielle des coûts au niveau de la sécurité sociale ou la mise en place d'aide financière permettrait de réduire ces frais.

Le remboursement partiel par les organismes complémentaires :

Depuis le 1er Mars 2017, date du décret du sport sur ordonnance, les médecins peuvent prescrire des séances de sport aux patients atteints d'ALD(28). Actuellement l'état ainsi que la sécurité sociale ne se

sont pas prononcés sur un possible remboursement du sport sur ordonnance. Cependant un remboursement partiel ou total est proposé par certaines assurances ou mutuelles à leurs clients et aux habitants de certaines villes avant-gardistes.

Il serait intéressant de généraliser cette participation financière à l'ensemble des organismes complémentaires.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) : l'article 51

Cet article (29) prévoit pour 2018 des dérogations aux règles de facturation et de tarification pour tous les offreurs de soins, ainsi que des dérogations au panier de soins remboursables. Cette nouvelle loi de financement permettrait potentiellement de prendre en charge une partie des tarifs des professionnels paramédicaux comme les éducateurs en APA, les diététiciennes et les psychologues dont les actes ne sont pas remboursés par la sécurité sociale.

Les aides financières :

Adeptes du sport sur ordonnance certaines collectivités territoriales proposent elles aussi des aides financières en partenariat avec l'ARS pour les séances de sport des personnes atteintes d'une affection longue durée.

A l'image de la ville de Strasbourg qui a mis en place un système de tarification solidaire prenant en charge le tarif de participation annuelle au dispositif « Sport Santé Sur Ordonnance » Cette tarification solidaire consiste, après une première année gratuite, à solliciter une participation financière aux patients qui souhaitent se réinscrire. Cette participation est fixée sur la base du quotient familial.

Les activités :

La troisième piste d'améliorations fréquemment citée par les participants est la diversification des activités proposées. La mise en place de parcours d'activités différents et de partenariat avec des associations sportives, municipales permettraient de diversifier les offres comme l'aquagym, la natation, le fitness, les P3S.

Les applications :

A l'heure des applications mobiles, il serait intéressant de mettre à disposition des participants une application d'échange avec les éducateurs où des programmes d'activité physique adaptée à la semaine et des conseils seraient diffusés. Ce qui permettrait de favoriser un accompagnement régulier et de lutter contre la baisse de motivation voire l'arrêt de toute pratique particulièrement lors de périodes en autonomie.

Des relais associatifs

Le développement de partenariat avec des associations sportives permettrait aussi de varier les activités proposées, de diminuer les coûts, et enfin d'assurer un encadrement après le programme.

Les autres initiatives

D'autres programmes existent au niveau national et régional. Ils ont montré une efficacité sur l'augmentation du niveau d'AP et la qualité de vie. La mise en place de réseau d'activité physique-santé en coordination avec le médecin traitant, les éducateurs en APA, les associations s'avère aussi bénéfique à développer.

En France

La ville de Strasbourg a mis en place en 2012 « Sport Santé sur Ordonnance », un dispositif permettant aux médecins généralistes de prescrire une AP à leurs patients en ALD. Ce dispositif a pour objectif de favoriser la pratique d'une AP régulière, modérée et adaptée à l'état de santé des malades chroniques. Munis d'une ordonnance de leur médecin, les patients peuvent bénéficier d'une séance avec un éducateur spécialisé en APA qui les aide à définir un programme d'AP en fonction de la prescription, des capacités du patient et de sa motivation. Les activités proposées peuvent être du déplacement actif, des activités proposées par les services municipaux (vélo en libre-service, piscine, ...) ou des activités organisées par des clubs de sport partenaires.

Les patients sont suivis à un, six et douze mois par l'éducateur en APA qui effectue un retour d'information vers le prescripteur initial. Tous les services proposés au patient sont gratuits.

En Martinique

Le dispositif SAPHYR (Santé par l'Activité Physique Régulière), est un projet qui a été inauguré le 22 Mars 2012 en Martinique. Une personne orientée par son médecin traitant, ou autre dispositif de soin, bénéficie d'une évaluation initiale (état de santé, motivation...), puis, pendant un mois, d'un accompagnement à la pratique d'une activité physique personnalisée et encadrée par un intervenant en activité physique SAPHYR, au travers des séances « an ti swé » (au nombre de 10). A l'issue de ce temps, et après retour vers son médecin traitant, la personne est orientée vers un club ou une association (sportive) de proximité pour poursuivre et consolider ses nouvelles habitudes. Elle bénéficie d'un suivi au sein du dispositif SaPhyR pendant une année.(30)

Le nouveau programme APSBE:

Un nouveau programme APSBE vient d'être mis en place. La prise en charge des participants s'étalera sur dix mois. Les trois premiers mois seront dédiés aux 24 séances d'APA encadrées. Ensuite ils bénéficieront de séances thématiques par semaine encadrées par des APA pendant 7 mois.

Conclusion

Le programme Activité Physique, Santé et Bien- Être APSBE est une initiative prometteuse dans le cadre du parcours de soins des personnes atteintes de maladies chroniques. Il propose un encadrement adapté et pluridisciplinaire.

Cependant ce programme est récent et nécessite des améliorations notamment au niveau financier afin de garantir une meilleure accessibilité.

Même si les initiatives des pouvoirs publics démontrent une prise de conscience et une volonté d'agir, de nombreux moyens restent à débloquer pour la promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité.

L'HAS recommande la prescription par le médecin traitant d'activité physique adaptée (APA) pour les patients atteints d'affections de longue durée (ALD) dans leur parcours de soins mais ces recommandations peinent à se mettre en place. Une étude réalisée au niveau national souligne le manque de professionnels ou de structures de relais pour orienter les patients. Ces facteurs sont souvent désignés par les médecins généralistes comme des facteurs limitant les actions de prévention et de prescription d'activité physique.(31)

Il apparaît important de pérenniser les actions du programme APSBE et développer des réseaux d'activité physique -santé en coordination avec le médecin généraliste.

La réalisation d'une enquête auprès des médecins généralistes de Guadeloupe permettrait de mieux cibler les besoins en matière de prescription d'activité physique.

Bibliographie

1. OMS | Les maladies non transmissibles principales causes de décès dans le monde [Internet]. WHO. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/ncds_20110427/fr/
2. OMS | Diabète [Internet]. WHO. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/fr/
3. OMS | Obésité [Internet]. WHO. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/obesity/fr/>
4. OMS | Maladies chroniques [Internet]. WHO. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
5. ORSaG_DIABETE_KANNARI_synthèse_2017.pdf [Internet]. [cité 18 sept 2018]. Disponible sur: https://www.orsag.fr/wp-content/uploads/2018/06/ORSaG_DIABETE_KANNARI_synth%C3%A8se_2017.pdf
6. Lurel L. Adoptée en novembre 2012, la loi relative à la régulation économique outre-mer, dite loi "LUREL", a confié à l'autorité de la concurrence des pouvoirs spécifiques d'intervention outre-mer:2.
7. Inamo J. Aspects épidémiologiques de l'hypertension artérielle aux Antilles-Guyane [Internet]. Toulouse, Université Paul Sabatier, sept 2008 [cité 14 mars 2018]. Disponible sur: http://thesesups.ups-tlse.fr/300/1/Inamo_Jocelyn.pdf.
8. HTA-GWAD. Boujé sé santé [Internet]. 2015 [cité 5 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=O4IxxVeHqXg>.
9. ORSaG_Surcharge_ponderale_et_obesite_abdominale_en_guadeloupe_en_2013_Kannari_2016_synthese.pdf [Internet]. [cité 18 sept 2018]. Disponible sur: https://www.orsag.fr/wp-content/uploads/2016/12/ORSaG_Surcharge_ponderale_et_obesite_abdominale_en_guadeloupe_en_2013_Kannari_2016_synthese.pdf
10. OMS | La sédentarité: un problème de santé publique mondial [Internet]. WHO. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/fr/
11. Haute Autorité de Santé. Promotion et prescription d'une activité physique adaptée. [Internet]. [cité 20 avr 2018]. Disponible sur: https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/7._activite_physique_adaptee_as_v2.pdf
12. INSERM. Activité physique - Contexte et effets sur la santé [Internet]. [cité 20 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000534.pdf>.
13. OMS | Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé [Internet]. WHO. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/
14. SynthesePNNS-AP-2.pdf [Internet]. [cité 20 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/SynthesePNNS-AP-2.pdf>
15. Orsag. Etude APHYGUAD Activité physique, activités sportives et activités sédentaires des adultes en Guadeloupe [Internet]. ORSAG : Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe. 2009 [cité 10 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.orsag.fr/etude-aphyguad-activite-physique-adultes-guadeloupe/>

16. MOUNSAMY J. Pratique de l'activité physique dans la population adulte guadeloupéenne. [Médecine Générale]. [Faculté de Médecine Hyacinthe Bastaraud]: Faculté de Médecine Antilles-Guyane; 2016..
17. ATALLAH A, PINAY M, VIROLAN K. Le P3S : parcours sportif de santé sécurisé mis en place en Guadeloupe, un outil pour lutter contre la sédentarité : un dispositif qui a fait sa preuve. *Ann Cardiol Angéiologie*. juin 2016;65(3):123-5...
18. Cantet M. Les parcours sportifs de santé sécurisés : forces et faiblesses du dispositif. Étude sur un échantillon de la population guadeloupéenne. Université des Antilles et de la Guyane, Pointe-à-Pitre; 2017. Disponible à la bibliothèque universitaire. .
19. Carrère P. HTA, obésité, précarité en Guadeloupe l'enquête CONSANT [Internet]. Toulouse, Université Paul Sabatier, mai 2010 [cité 13 juin 2018]. Disponible sur: http://www.htagwad.com/admin/publis/these_carrere_consant_ultime.pdf.
20. Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 - Guadeloupe. 2014;12.
21. P057: « Sport-Santé sur ordonnance ». Évaluation du dispositif strasbourgeois. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 1 déc 2014;28:S97-
22. Ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports. Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire. Les chiffres clés du sport [Internet]. 2017 mars [cité 2 mai 2018]. Disponible sur: <http://fr.calameo.com/read/0047233181e8d93b9134c>.
23. AARNIO M, et al. Familial aggregation of leisure-time physical activity-a three generation study. *Int J Sports Med* 1997,
24. Gasparini W, Knobé S. Sport sur ordonnance : l'expérience strasbourgeoise sous l'œil des sociologues. *Informations sociales*. 15 juin 2015;(187):47-53.
25. DDJS-fem&sport.pdf [Internet]. [cité 13 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.htagwad.com/admin/news/DDJS-fem&sport.pdf>
26. Prescription médicale d'activité physique modérée : « Sport Santé sur Ordonnance » [Internet]. Services de la collectivité : Service promotion de la santé de la personne, Direction des sports - Ville de Strasbourg; [cité 2013 Nov 26]. Available from: http://www.villes-sante.com/wpcontent/uploads/STRASBOURG_action_sport_sante.pdf.
27. outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf [Internet]. [cité 15 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf
28. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée | Legifrance [Internet]. [cité 18 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/30/AFSP1637993D/jo/texte>
29. DGOS. Expérimenter et innover pour mieux soigner [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-10918/article-51>
30. Bottius É. Les conseils des soignants suffisent-ils à modifier le niveau d'activité physique des diabétiques de type 2 mal équilibrés? :159. Université des Antilles et de la Guyane, Pointe-à-Pitre; 2017. Disponible à la bibliothèque universitaire.
31. Aide à la prescription d'activité physique : enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin. :133. Faculté de médecine Henri Warembourg; 2014.

Annexes

Annexe 1 : Recommandation de l’OMS en matière d’activité physique pour la santé des adultes de 18 à 64 ans

| | Recommandation d'activité physique |
|---|--|
| 1 | 150 minutes d’activité d’endurance d’intensité modérée ou au moins 75 minutes d’activité d’endurance d’intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d’activité d’intensité modérée et soutenue. |
| 2 | Périodes d’au moins 10 minutes d'activité d'endurance |
| 3 | Pour des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé: augmenter la durée de l'activité d’endurance d’intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d’activité d’endurance d’intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d’activité d’intensité modérée et soutenue. |
| 4 | Des exercices de renforcement musculaire au moins deux jours par semaine. |

Annexe 2: Livret d'accompagnement des participants du programme APSBE



Centre de Santé
du
CREPS Antilles-Guyane
Jean PLUMASSEAU



***Livret d'Accompagnement
Programme Activité Physique, Santé et Bien-Etre***



Nom :

Prénom :

Niveau d'activité :

Annexe 3 : Canevas d'entretien utilisé à la phase qualitative

CANEVAS D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

RECUEIL DES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS :

- | | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| - Age | -Antécédents |
| -Sexe | -Mode de connaissance du programme |
| - Situation professionnelle | -Motif d'inscription |
| - Lieu de résidence | -IMC de départ |

ENTRETIEN :

QUESTION 1 : Pourriez-vous me parler de votre expérience au sein de ce programme d'activité physique santé et bien-être ?

- Ressenti
- Les points forts
- Les points faibles

QUESTION 2 : Qu'est-ce qui vous a aidé à terminer ce programme ?

- Les facteurs encourageants : *la pratique en groupe, un encadrement pluridisciplinaire*
- Les freins : *économique, environnementaux, psychologique, physique*
- Amélioration du programme : *propositions, souhaits*

QUESTION 3 : Qu'est-ce qui a changé pour vous depuis que vous suivez ce programme ?

- Objectifs initiaux atteints
- Bénéfices estimés : *physique, psychique, social*
- Modification des habitudes : *alimentaire et sportive*

QUESTION 4 : Maintenant que vous avez terminé, pratiquez-vous une activité physique régulière?

- Comment : *seul, en groupe, en structure*
- Réinscription au programme APSBE : oui, non

Y-a-t-il d'autres choses que vous souhaiteriez ajouter ?

Je vous remercie d'avoir accepté de répondre à mes questions et de participer à cette étude.

Finalisation de l'entretien. Fin de l'enregistrement.

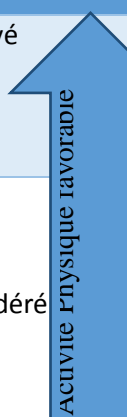
Annexe 4 : Questionnaire quantitatif

| NUMERO DE DOSSIER : | | | | | |
|---|--|---|--|---|---|
| 1/ A quel stade êtes-vous du programme APSBE? | <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} phase encadrée <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} phase d'autonomie <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} phase encadrée <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} phase d'autonomie <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} phase encadrée <input type="checkbox"/> Fin du programme <input type="checkbox"/> Arrêt du programme | Si arrêt du programme → | Pour quelles raisons avez-vous arrêté le programme ? <input type="checkbox"/> Manque d'intérêt <input type="checkbox"/> Raison financière <input type="checkbox"/> Manque de temps <input type="checkbox"/> Raison de santé <input type="checkbox"/> Raison personnelle <input type="checkbox"/> Baisse de motivation <input type="checkbox"/> C'est trop loin | | |
| 2/ AVANT-APRES le programme, avez-vous marché au moins 10 mn d'affilée ? (à la maison, d'un lieu à un autre, ou pour la détente ou le sport) | <input type="checkbox"/> OUI → <input type="checkbox"/> NON | Si oui, combien de jours dans la semaine ? <i>(1 réponse)</i> | <input type="checkbox"/> 1 jour <input type="checkbox"/> 2 jours <input type="checkbox"/> 3 jours <input type="checkbox"/> 4 jours | <input type="checkbox"/> 5 jours <input type="checkbox"/> 6 jours <input type="checkbox"/> tous les jours | Combien de temps dans une journée environ? <input type="checkbox"/> Moins de 30 min <input type="checkbox"/> 30 min à 1 heure <input type="checkbox"/> 1 à 2 heures <input type="checkbox"/> Plus de 2 heures <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| 3/AVANT-APRES le programme, avez-vous pratiqué une ACTIVITE PHYSIQUE MODEREE, en dehors de la marche (comme porter des charges légères, faire le ménage, jardiner, nager ou faire du vélo tranquillement) ? | <input type="checkbox"/> OUI → <input type="checkbox"/> NON | Si oui, combien de jours dans la semaine ? <i>(1 réponse)</i> | <input type="checkbox"/> 1 jour <input type="checkbox"/> 2 jours <input type="checkbox"/> 3 jours <input type="checkbox"/> 4 jours | <input type="checkbox"/> 5 jours <input type="checkbox"/> 6 jours <input type="checkbox"/> tous les jours | Combien de temps dans une journée environ? <input type="checkbox"/> Moins de 30 min <input type="checkbox"/> 30 min à 1 heure <input type="checkbox"/> 1 à 2 heures <input type="checkbox"/> Plus de 2 heures <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| 4/ AVANT-APRES le programme, avez-vous pratiqué une ACTIVITE PHYSIQUE INTENSE (comme porter des charges lourdes, travailler sur un chantier, bêcher, courir, nager rapidement, pratiquer un sport de combat ou jouer au football) ? | <input type="checkbox"/> OUI → <input type="checkbox"/> NON | Si oui, combien de jours dans la semaine ? <i>(1 réponse)</i> | <input type="checkbox"/> 1 jour <input type="checkbox"/> 2 jours <input type="checkbox"/> 3 jours <input type="checkbox"/> 4 jours | <input type="checkbox"/> 5 jours <input type="checkbox"/> 6 jours <input type="checkbox"/> tous les jours | Combien de temps dans une journée environ? <input type="checkbox"/> Moins de 30 min <input type="checkbox"/> 30 min à 1 heure <input type="checkbox"/> 1 à 2 heures <input type="checkbox"/> Plus de 2 heures <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| 5/ Au cours d'une journée habituelle de la semaine, combien de temps environ passez-vous ASSIS... <i>(1 réponse par question)</i> | <input type="checkbox"/> Moins de 1 heure <input type="checkbox"/> 1 à 3 heures <input type="checkbox"/> 3 à 5 heures <input type="checkbox"/> Plus de 5 heures <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | | | | |

| | | | |
|---|--|----------------------------|---|
| 6/ Actuellement pratiquez-vous une ACTIVITE PHYSIQUE (au moins 1 fois par semaine) ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Si oui, laquelle? | Pratiquez-vous ? <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> En groupe |
| 7/Etes-vous satisfait du programme ? | <input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Plutôt satisfait <input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait <input type="checkbox"/> Très insatisfait | | |
| 8/Etes-vous satisfait de l'encadrement des intervenants ? | <input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Plutôt satisfait <input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait <input type="checkbox"/> Très insatisfait | | |
| 9/Le programme APSBE a-t-il contribué à renforcer votre motivation pour la pratique d'une activité physique ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| 10/Le programme APSBE vous a-t-il aidé à gagner en autonomie ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| 11/Le programme APSBE a-t-il contribué à améliorer votre estime de vous ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| 12/Souhaiteriez-vous vous réinscrire au programme ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| 13/Selon vous, quelles améliorations pourraient être apportées au programme APSBE ? | <input type="checkbox"/> Améliorer la phase d'autonomie <input type="checkbox"/> Améliorer le prix <input type="checkbox"/> Diversifier les activités proposées <input type="checkbox"/> Améliorer les équipements <input type="checkbox"/> Mettre à disposition des vestiaires <input type="checkbox"/> Mettre à disposition une application | | |

Annexe 5 : Classification du niveau d'activité selon le questionnaire IPAQ

| Catégories IPAQ | Définitions |
|-----------------|--|
| IPAQ élevé | $J1 \geq 3$ et $MET1 \geq 1500$ ou $J1 + J2 + J3 \geq 7$ et $MET1 + MET2 + MET3 \geq 3000$ |
| IPAQ modéré | $J1 \geq 3$ et $D1 \geq 20$ ou $J2 \geq 5$ et $D2 \geq 30$ ou $J1 + J2 + J3 \geq 5$ et $MET1 + MET2 + MET3 \geq 600$ |
| IPAQ bas | Aucune activité physique reportée ou Aucun des critères précédents |



J : fréquence (nombre de jours par semaine)

D : durée moyenne par jour (minutes)

MET : Métabolic Equivalent of Task

UFR SCIENCES MEDICALES HYACINTHE BASTARAUD

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

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

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de 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 leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu 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, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne 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 et méprisé si j'y manque.

NOM ET PRENOM : MALEDON Laurence

SUJET DE LA THESE : Evaluation et impact d'un programme d'Activité Physique, Santé et Bien-Être (APSBE) réalisé au centre de santé du CREPS Antilles-Guyane sur une population guadeloupéenne présentant des maladies chroniques. Etude qualitative et quantitative

THESE : MEDECINE

Qualification : Médecine Générale

ANNEE : 2018

NUMERO D'IDENTIFICATION : 2018ANTI0320

MOTS CLEFS : Pathologies chroniques, Obésité, Diabète, Hypertension artérielle, Activité physique adaptée, Guadeloupe

Introduction :

Le programme activité physique, santé et bien-être (APSBE) a été mise en place au centre de santé du CREPS Antilles-Guyane en 2015 pour accompagner les personnes atteintes de pathologies chroniques, via une prise en charge pluridisciplinaire, dans la pratique d'une activité physique adaptée.

L'objectif de cette étude était d'évaluer le niveau d'activité physique des participants, de dresser les motifs et profils des inscrits puis de proposer des pistes d'améliorations.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale, mixte qualitative et quantitative, menée sur un échantillon de 141 personnes atteintes de pathologies chroniques, inscrites au programme de 2016 à 2017 et sur dix participants vu en entretien. Le recueil de données a été effectué par des entretiens et un questionnaire téléphonique abordant leur ressenti, leur niveau d'activité physique, leur profil.

Résultats :

Ce programme intéressait principalement les femmes actives de 45 ans, en obésité avec un niveau d'activité physique faible. Parmi les participants qui ont continué le programme 24% ont amélioré leur niveau d'activité physique. S'ils étaient globalement satisfaits de l'encadrement par les éducateurs et appréciaient la pratique en groupe, 42% des participants ont arrêté leur suivi principalement en période d'autonomie. Les principales raisons évoquées étaient liées aux frais de participation et au manque de temps.

Conclusion :

Le programme APSBE est une initiative prometteuse pour la pratique d'une activité physique adaptée dans le cadre du parcours de soins des personnes atteintes de maladies chroniques. Cependant ce programme est récent et des améliorations sur le plan financier, sur la phase d'autonomie et sur les activités proposées seraient souhaitables afin de garantir une meilleure accessibilité.

JURY : Président : Professeur Eustase JANKY
Juges : Professeur Jeannie HELENE-PELAGE
: Professeur André-Pierre UZEL
: Docteur Franciane GANE-TROPLENT
