



HAL
open science

Ressenti et perception des personnes âgées en institution dans le Gard pratiquant une activité physique adaptée régulière : vers un bien-être global : une étude qualitative menée en focus groups

Émeline Blouin

► To cite this version:

Émeline Blouin. Ressenti et perception des personnes âgées en institution dans le Gard pratiquant une activité physique adaptée régulière : vers un bien-être global : une étude qualitative menée en focus groups. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02884172

HAL Id: dumas-02884172

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02884172>

Submitted on 29 Jun 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Emeline BLOUIN

Le Mardi 15 Octobre 2019

**RESSENTI ET PERCEPTION DES PERSONNES AGEES EN INSTITUTION DANS LE GARD
PRATIQUANT UNE ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE REGULIERE :
VERS UN BIEN-ETRE GLOBAL**

UNE ETUDE QUALITATIVE MENEES EN FOCUS GROUPS

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur Marc GARCIA

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Benoît de WAZIERES

Monsieur le Professeur Marc GARCIA

Monsieur le Docteur Jean-François CLAPE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Emeline BLOUIN

Le Mardi 15 Octobre 2019

**RESSENTI ET PERCEPTION DES PERSONNES AGEES EN INSTITUTION DANS LE GARD
PRATIQUANT UNE ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE REGULIERE :
VERS UN BIEN-ETRE GLOBAL**

UNE ETUDE QUALITATIVE MENEES EN FOCUS GROUPS.

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur Marc GARCIA

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Benoît de WAZIERES

Monsieur le Professeur Marc GARCIA

Monsieur le Docteur Jean-François CLAPE

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
 ALRIC Robert
 ARNAUD Bernard
 ASTRUC Jacques
 AUSSILLOUX Charles
 AVEROUS Michel
 AYRAL Guy
 BAILLAT Xavier
 BALDET Pierre
 BALDY-MOULINIER
 Michel
 BALMES Jean-Louis
 BALMES Pierre
 BANSARD Nicole
 BAYLET René
 BILLIARD Michel
 BLARD Jean-Marie
 BLAYAC Jean Pierre
 BLOTMAN Francis
 BONNEL François
 BOUDET Charles
 BOURGEOIS Jean-Marie
 BRUEL Jean Michel
 BUREAU Jean-Paul
 BRUNEL Michel
 CALLIS Albert
 CANAUD Bernard
 CASTELNAU Didier
 CHAPTAL Paul-André
 CIURANA Albert-Jean
 CLOT Jacques
 D'ATHIS Françoise
 DEMAILLE Jacques
 DESCOMPS Bernard
 DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
 DUMAS Robert
 DUMAZER Romain
 ECHENNE Bernard
 FABRE Serge
 FREREBEAU Philippe
 GALIFER René Benoît
 GODLEWSKI Guilhem
 GRASSET Daniel
 GROLLEAU-RAOUX
 Robert
 GUILHOU Jean-Jacques
 HERTAULT Jean
 HUMEAU Claude
 JAFFIOL Claude
 JANBON Charles
 JANBON François
 JARRY Daniel
 JOYEUX Henri
 LAFFARGUE François
 LALLEMANT Jean Gabriel
 LAMARQUE Jean-Louis
 LAPEYRIE Henri
 LESBROS Daniel
 LOPEZ François Michel
 LORIOT Jean
 LOUBATIERES Marie
 Madeleine
 MAGNAN DE BORNIER
 Bernard
 MARY Henri
 MATHIEU-DAUDE Pierre
 MEYNADIER Jean
 MICHEL François-Bernard
 MICHEL Henri

MION Charles
 MION Henri
 MIRO Luis
 NAVARRO Maurice
 NAVRATIL Henri
 OTHONIEL Jacques
 PAGES Michel
 PEGURET Claude
 PELISSIER Jacques
 POUGET Régis
 PUECH Paul
 PUJOL Henri
 PUJOL Rémy
 RABISCHONG Pierre
 RAMUZ Michel
 RIEU Daniel
 RIOUX Jean-Antoine
 ROCHEFORT Henri
 ROSSI Michel
 ROUANET DE VIGNE
 LAVIT Jean Pierre
 SAINT AUBERT Bernard
 SANCHO-GARNIER
 Hélène
 SANY Jacques
 SEGNARBIEUX François
 SENAC Jean-Paul
 SERRE Arlette
 SIMON Lucien
 SOLASSOL Claude
 THEVENET André
 VIDAL Jacques
 VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
 BLANC François
 BOULENGER Jean-Philippe
 BOURREL Gérard
 BRINGER Jacques
 CLAUSTRES Mireille
 DAURES Jean-Pierre
 DAUZAT Michel
 DEDET Jean-Pierre
 ELEDJAM Jean-Jacques
 GUERRIER Bernard
 JOURDAN Jacques

MARES Pierre
 MAURY Michèle
 MILLAT Bertrand
 MAUDELONDE Thierry
 MONNIER Louis
 PREFAUT Christian
 PUJOL Rémy
 SULTAN Charles
 TOUCHON Jacques
 VOISIN Michel
 ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion

AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétiq ue
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie

DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation

DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

HERRERO Astrid – Chirurgie générale

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales

MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie

SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS :

Au jury,

Monsieur le Professeur Amouyal, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger ma thèse ce jour. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur de Wazières, vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Garcia, je vous remercie de faire partie de mon jury et d'avoir accepté de diriger mon travail. Merci tout d'abord de m'avoir transmis vos valeurs de médecin généraliste, puis de m'avoir accompagné dans cette aventure de thèse, malgré le chemin semé d'embûches. Vous avez toute mon estime.

Monsieur le Docteur Clapé, je vous remercie de m'avoir accueillie à Saint-Julien-de-Peyrolas en 2015. L'enseignement que vous m'avez apporté est précieux. Je vous remercie aujourd'hui de me faire l'honneur de participer au jury de ma soutenance de thèse. Je vous souhaite tout le meilleur pour la suite.

Je dédie cette thèse tout d'abord à tous les patients qui m'accordent leur confiance, chaque jour depuis une dizaine d'années, et à leur famille. J'espère être à la hauteur toute ma vie.

A tous ceux qui m'ont aidé dans ce travail de thèse,

A Monsieur **Xavier Colonna**, merci de m'avoir ouvert les portes de Siel Bleu dans le Gard. A Madame **Coralie Tourrel**, merci de m'avoir permis de réaliser ces rencontres au sein des résidences. Votre aide a été très précieuse.

A **Guillaume, Manon** et **Clara** pour m'avoir permis d'assister aux séances d'APA

A Madame **Jennifer Rodriguez**. Merci pour votre accueil chaleureux au sein de votre EHPAD.

A Madame **Cécile Pagès**, pour votre aide sur les résidences de « petite unité de vie », ainsi que lorsque j'exerçais à La Calmette.

Aux résidents des maisons de retraite qui ont acceptés de m'aider dans ce travail et de participer aux séances.

A toutes les équipes médicales que j'ai croisées lors de ces nombreuses années de formation, à Paris, Gonesse, Narbonne et Nîmes,

A l'équipe des urgences de Narbonne, qui m'a guidée lors de ce premier stage d'internat. J'ai beaucoup aimé travailler à vos côtés.

Aux supers endocs de Narbonne, **Dr Hélène Bonnaure, Isabelle Faugeron** et **Andrea Iosup, Dr J-F Thuan**. Au **Dr Armand Tchelim**, et au **Dr Sophie Durand-Roger**. Vous m'avez beaucoup appris.

A mes maîtres de stage, **Dr Clapé, Dr Gabbaï, Dr Bellon**. A vos côtés, j'ai découvert le fabuleux métier de médecin généraliste, et le mode d'exercice semi-rural.

A l'équipe de pédiatrie du CHU de Nîmes, en particulier aux **Dr Sandrine Baron-Joly, Dr Lucie Gilton-Bott, Dr Natacha Catteau, Dr Philippe Fournier**. Au **Docteur Laura Fournols** et à nos gardes mouvementées.

A l'équipe d'addictologie du Grau du Roi, et particulièrement au **Dr Julie Bernard**.

Au **Docteur Strubel**, merci pour ce semestre de SASPAS. Au **Dr Nicolas Jumez**, au **Dr Géraldine Lupo**, au **Dr Sylvie Fontana**, au **Dr Julia Begler** et **Dr Anne Margarot**, le temps passé à vos côtés a été si instructif.

A toutes les équipes de soignants qui ont participé à mon éducation professionnelle et dont j'ai croisé la route depuis 10 ans. Merci pour tout ce que vous avez su m'enseigner. A toutes les équipes d'IDE, d'aide-soignants de Paris et du sud, qui m'ont aidées.

A ma famille,

A mes parents. Merci de m'avoir donné l'envie et le goût du travail et d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Les valeurs que vous m'avez transmises sont précieuses. Merci pour votre amour et votre soutien. Vous êtes mes modèles. A ma **Maman**, tu m'as toujours encouragé à entreprendre ce que je voulais, tu m'as tant aidé et épaulé, et je n'ai pas choisi la voie la plus facile. Merci pour ta relecture. A mon **Papa**, qui es toujours disponible et qui te plies en quatre pour nous aider ou nous faire plaisir. Je vous aime fort.

Mes sis', vous êtes toujours d'une écoute patiente et bienveillante. Malgré la distance, notre amour ne s'étiolera jamais. **Ségolène**, notre complicité, nos moments d'enfance, nos fous rires encore à l'heure actuelle, je souhaite les transmettre à mes filles. Que ces moments durent toujours. **Amaryllis**, ma petite sis' si fragile et si forte à la fois. Te voir grandir et t'épanouir est un beau cadeau pour moi. Merci pour ta relecture attentive qui a permis d'enlever tous les doubles-espaces. A vos compagnons de route, **Andry** et **Edouard**, qui vous rendent heureuses.

A **Mamie**, merci d'être si fière de moi. A nos voyages à Rivesaltes en train couchette. Nos riches échanges me passionnent toujours. Tu es un modèle d'accomplissement féminin pour moi.

A **Blandine**, tu as toujours rempli ton rôle de Marraine avec bienveillance. Merci pour ces années nîmoises qui ont été précieuses pour moi, nos longues conversations, nos bons moments et ton soutien. A **Thierry**, j'admire ton parcours, qui me fascine. Merci pour votre accueil toujours hospitalier.

A **Eric**, mon Parrain. Merci d'être toujours à mes cotés malgré la distance. A **Fabrice**, aux réunions de famille (malheureusement pas assez nombreuses à cause de mon exil), et à l'ambiance que tu y mets. A **Dorothée**, ta bonne humeur ambiante et ta créativité sont inspirantes.

A mes couz', Avec vous, on passe toujours de bons moments. A nos fêtes de famille. **Mélanie**, tu es toujours pétillante et positive, quoiqu'il arrive. Ne change pas. **Pierre**, j'espère encore parcourir de nombreux kilomètres avec toi. Merci pour ta gentillesse, tu as le cœur sur la main.

A **Romane**, **Loris** et **Erwan**, je vous souhaite de rester aussi mignons le plus longtemps possible. Vous avez toute la vie devant vous.

A **Papy Théo**, merci pour ton savoir. Nos vacances en Bretagne et en Normandie, tous ces bons moments d'enfance me remplissent de nostalgie.

A **Tata Nicole** et **Tonton Jean**. Merci pour votre gentillesse.

A **Patrick**, merci pour ta bonne humeur.

A **Thierry**, **Pierre-Emmanuel**, **Raphaël**, **Fiona** et **Véronique**. Vous êtes et serez toujours de ma famille. Nos repas familiaux, nos événements sont toujours de jolis moments précieux.

A ceux qui ne sont plus là. Merci **Mamie Monique** d'avoir toujours été si fière de moi. J'espère que tu le sais de là où tu es. Je ne t'oublie pas. A mon **Papy** que j'ai la chance d'avoir connu si peu de temps. A **Pépé** et **Mémé Potez**, vous qui m'avez élevé comme votre petite-fille. Vous resterez mes « troisièmes » grands-parents.

A ma belle-famille,

A **Marie-Claude**. Merci de m'avoir adopté dans la famille Perry. C'est un grand honneur pour moi. Tu es une grand-mère formidable pour Louise.

A **Daniel**, que j'ai tant estimé. Je saurais prendre soin de ton fils.

A **Valentin**, mon (beau-)frère espiègle. Merci pour ton sens de la famille. Tu nous as sorti de nombreuses galères. A **Aurélie**, qui égaye ta vie. Je vous souhaite plein de bonheur dans votre charmante bastide provençale.

A **Jean-Claude** et **Martine**, qui nous accueillez toujours avec autant de chaleur, à Paris ou en Bretagne.

A **Laurent**, **Julie** et les enfants. Je suis heureuse de vous compter dans ma famille. A **Ludivine**, qui reste pour moi un modèle de féminisme et de féminité.

A **Christine**, **Olivier** et **Nadine**. Merci pour toutes ces fêtes familiales rouennaises. A **Baptiste**, garde ton enthousiasme et ta bonne humeur.

A mes amis,

A **Cyrielle**, ma Cicy, une grande histoire d'amour (pardon d'amitié !). Si fière de nos parcours, j'admire ton courage et ta force. Je suis si heureuse que tu nous rejoignes dans le sud. Même si tu as déjà ta chambre chez nous, tu n'as pas fini de me voir squatter chez toi.

A **Sylvana**, ma Mûre. Notre amitié indéfectible traverse les années, depuis les bancs de la fac de Paris 6 à nos étés en famille avec les enfants. A nos voyages, nos moments de complicité, nos franches rigolades, et à tous les autres que l'on vivra ensemble. Je prends mon rôle de Marraine à cœur et promets de m'occuper de Timothée, mon filleul, avec amour.

A **Anne-Laure**, ma chère amie. Ton amitié si forte, est si précieuse. Malgré la distance, nous arrivons à conserver la même complicité. Je te souhaite tout plein de bonheur avec ta jolie famille, **Jean-François** et **Joseph**. Merci d'avoir pris le temps de la relecture.

A **Julie**, ma Zu. Notre amitié ne se nomme plus. Tu as une grande place dans mon cœur. J'adore nos échanges réguliers, en particulier livresques. J'ai tellement de plaisir à te voir en Normandie. Sache que tu es bienvenue quand bon te semble chez nous.

A ma douce **Cassandre**, toi qui es si brillante, tu restes un modèle pour moi. Je prendrais toujours plaisir à partir en WE avec toi.

A **Adeline**, ma p'tite Ade. Tu as été ma plus belle rencontre du sud. Des fêtes bien arrosées de notre première année d'internat aux plages l'été, je te remercie pour tous ces bons moments passés ensemble (et à tous ceux à venir). Un merci particulier pour ces années (et dernièrement ces mois) de soutien dans la réalisation de ma thèse, ton positivisme. Sans tes encouragements permanents, qui sait si je soutiendrai aujourd'hui ?

A **Juju**, merci pour ta bonne humeur ambiante, malgré le stress de l'internat (et de la thèse !) et ton amitié. A nos cours de danse improvisés (ou plutôt bien menés) dans la salle de réunion du Grau du Roi. Un bisou à Oscar. A **Sosso**, merci pour ton amitié et ta gentillesse.

A ma petite **Marion** qui deviens une grande, tu m'as presque rattrapée ! A nos séances de sport, nos repas régressifs pâtes-saucisses, et tous nos bons moments. Je nous en souhaite plein d'autres.

A mes amis beaumontois. A **Adelgiza**, tu es toujours présente malgré la distance. A nos années de cathé, et de P1. A **Marion L**, nous sommes redevenues voisines (quel hasard !), vivement que l'on puisse se boire un café à Narbonne. A **Morgane**, je suis heureuse de t'avoir retrouvée bien après nos années collées. A **Gaetan**, à nos années-lycée, à nos échanges passionnants et à notre amitié.

A mes amis de l'internat de Narbonne, vous avez égayé le sud et les soirées d'internat.

Delphine et **Joséphine**, si pétillantes, j'ai hâte de vous voir à la Réunion. **Francesco** et **Anne-Sophie**, les « voisins », à quand cet apéro/pique-nique ? Un bisou à Alessandro et Angelo. A

Perrine, plein de bonheur à Antibes. J'espère que tu mets toujours une aussi bonne ambiance musicale dans les services.

A **Yoan**, best chef interne ever. Tu seras un super papa. A **Elisa**, et à nos débuts à l'internat.

A mes amis de l'externat, **Sétha, Laura, Simon, Sara, Ram, Julia**. Même si les années nous ont éloignées, c'est toujours un plaisir de vous revoir.

A mes co-internes de pédiatrie, **Julie, Sarah, Omar**, Romain, Louise-Anne, Pauline, et Laura.

A **David**, mon co-interne de Pont Saint-Esprit. Tu es devenu un grand docteur, et tu succèderas avec succès à notre mentor. J'ai adoré travailler avec toi.

A **Cathy**, tu es ma plus belle rencontre dans le monde de la médecine. Ton sens de la pratique, tes valeurs, ta personnalité... tu es un modèle pour moi.

A mes collègues de La Calmette, **Cathy** (de nouveau), **Laetitia** et **Stéphane**. Mon expérience auprès de vous m'a conforté dans cette voie. Vous m'avez tant apporté et appris. A nos séances de sport, nos repas gourmands et notre chouette esprit d'équipe.

A **Mélissa** et **Charlotte**, qui m'avez accordé votre confiance durant cette année dans l'Aude. Merci pour ces belles perspectives d'avenir qui s'offrent à nous.

Aux Armissanais, qui nous accueillent dans votre village (clin d'œil à **Pierre** et **Hélène**).

A nos supers voisins nîmois, **Lionel** et **Jennifer**.

A **Pistache**, petit chat filou, qui nous aime à sa manière, merci de me rendre l'accès à mon ordi si difficile.

Et pour finir, à mon foyer,

A toi, mon **Julien**, qui me soutiens et qui m'épaulé depuis plus de dix ans. Je ne te remercierai jamais assez pour le bonheur que tu m'apportes. Merci de m'avoir porté à bout de bras toutes ces années de médecine, de me pousser à croire en moi, et de m'aider à conclure ce travail de thèse (ton investissement est incroyable !). Je suis fière de notre Mariage. Avec tout mon amour.

A ma petite **Louise**, qui a changé ma vie depuis près de cinq ans. L'amour inconditionnel que l'on se porte me permet d'affronter toutes les difficultés de la vie. Te voir grandir chaque jour est un cadeau de tous les instants.

A toi, **petite fille** qui va bientôt agrandir notre famille. Tu auras vécu *in utero* mes derniers instants de thèse. Nous nous réjouissons à l'idée de t'accueillir.

SOMMAIRE :

ABREVIATIONS	16
INTRODUCTION	17
SIEL BLEU	21
1) PRESENTATION DE L'ASSOCIATION	21
2) EXEMPLE D'UNE SEANCE D'ACTIVITE PHYSIQUE ENCADREE : DESCRIPTION DE L'ATELIER POSTURE-EQUILIBRATION-MOTRICITE (PEM) AVEC LE PARCOURS DE MARCHE DM3 ®	22
MATERIELS ET MEHODES.....	24
1) TYPE DE L'ETUDE.....	24
2) RECUEIL DE DONNEES.....	24
3) ANALYSE DES DONNEES.....	25
RESULTATS	27
1) POPULATION ETUDIEE	27
2) RESULTATS DES ENTRETIENS.....	29
<i>I/ La dimension physique</i>	<i>30</i>
<i>II/ La dimension psychique.....</i>	<i>35</i>
<i>III/ Une dimension sociale</i>	<i>37</i>
<i>IV/ Intégration et participation de l'activité physique au sentiment d'autonomie</i>	<i>41</i>
<i>V/ La dimension temporelle : une variable transversale.....</i>	<i>45</i>
<i>VI/ L'influence de l'entourage sur l'activité physique.....</i>	<i>49</i>
DISCUSSION	51
1) FORCE DE L'ETUDE	51
2) LIMITES	51
3) DISCUSSION DES RESULTATS	52
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	58
SERMENT D'HIPPOCRATE	67

ABREVIATIONS :

AP : Activité Physique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

ALD : Affection Longue Durée

HAS : Haute Autorité de Santé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

STAPS : Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives

APA : Activité Physique Adaptée

PEM : Posture Equilibration Motricité

GIR : Groupe Iso Ressource

HTA : Hypertension artérielle

TUG : Time up and go

BBS : Berg Balance Scale

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

SF-36 : Short Form (36) Health Survey

EQ-5D : European Quality of Life Tool

WHOQOL -Old : World Health Organisation Quality of Life Instrument- Older Adults Module

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

INTRODUCTION :

« Après la musique et la poésie, c'est par la gymnastique qu'il faut former les jeunes gens. (...) Il faut donc que dès l'enfance, et tout au cours de leur vie, ils soient formés rigoureusement dans cet art. »

Platon, République, 403c

L'activité physique (AP) est définie selon l'OMS, comme « tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques, et qui entraîne une dépense d'énergie supérieure à la dépense au repos » (1).

En France, on compte actuellement 13,41 millions de personnes âgées de plus de 65 ans, soit 20,1% de la population, selon l'INSEE au 1^{er} janvier 2019 (2). Cette population croît en France, et on recense une hausse de 4,1 points en 20 ans.

Il s'agit d'une population-cible de la promotion de la santé en soins primaires et secondaires, du fait de sa démographie grandissante d'une part, et par son caractère particulier d'autre part.

Le vieillissement comporte des « modifications structurelles et fonctionnelles évolutives de l'organisme, qui réduisent les capacités d'adaptation de l'individu en diminuant l'efficacité de ses mécanismes de régulation » (3).

Il est étroitement associé à une hausse de pathologies chroniques et à un syndrome de fragilité, conséquence d'une baisse des ressources de l'individu et d'une diminution des facultés d'adaptation et de régulation (4).

Le syndrome de fragilité est défini par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) comme étant un « syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress » (5).

Celui-ci présente une version multidimensionnelle (6), et diffère selon les auteurs. Il présente cinq composantes selon Fried (7):

- la perte de la force musculaire
- le ralentissement de la marche
- la diminution de l'énergie

- la réduction des activités physiques ou faible niveau d'activité physique
- la perte involontaire de poids (-5% du poids en 12 mois)

A ces critères, certains auteurs, tels que Lang et al 2011 dans une revue de littérature, y ajoutent l'aspect biologique avec les marqueurs de l'inflammation, hormonaux et endocriniens (8-11); les troubles cognitifs et de l'humeur (12), ainsi que les troubles de l'équilibre et les problèmes de motilité (13).

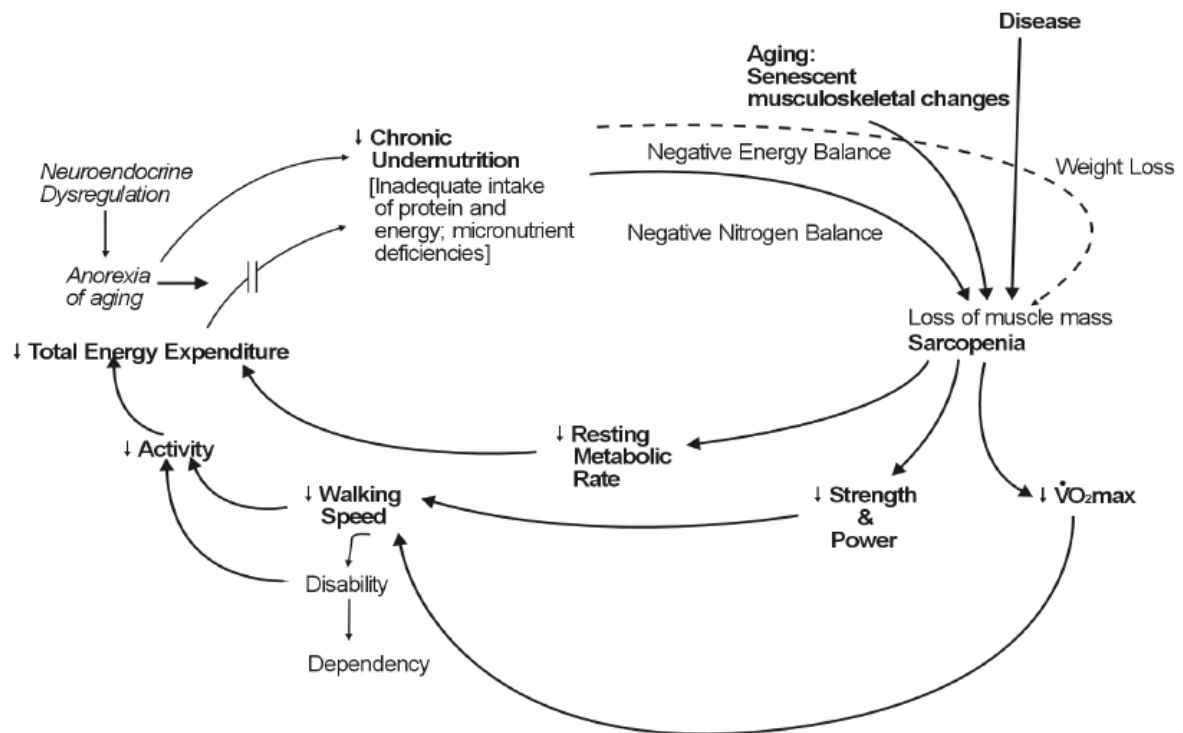


Figure 1 : Le cycle de fragilité selon Fried et al (7)

Ces dernières années, les bénéfices de l'activité physique ont largement été démontrés (3,14), notamment chez les personnes âgées (15-18), tant sur le plan physique que moral (ou psychique) et permettent un allongement de l'espérance de vie:

- réduction des risques cardio et neuro-vasculaires
- rôle sur le métabolisme : optimisation du profil lipidique,
- prévention et prise en charge de la sarcopénie (= diminution de la masse et de la force musculaire, associée à un ralentissement moteur), à travers l'exercice physique (19)
- prévention du risque de chutes (20)
- amélioration de la qualité de vie
- cognition : amélioration des performances cognitives (18)

- Prévention de certains cancers : diminution de l'incidence du cancer de la prostate, amélioration de la qualité de vie dans le cancer du sein, du côlon et de la vessie, amélioration de la survie des patients présentant un cancer du côlon (16).
- Amélioration de l'activité anti-inflammatoire (21).

L'activité physique s'inscrit ainsi comme une action de prévention du syndrome de fragilité, tant sur le plan primaire que secondaire, en permettant l'inversion de ce processus.

L'OMS recommande donc une activité physique chez les personnes âgées de plus de 65 ans selon les modalités suivantes (22):

- une activité d'endurance modérée d'au moins 150 min par semaine, par tranche de 10 min minimum.
- ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue
- ou une combinaison des 2 types d'activité.

La durée de ces activités peut être augmentée à 300 minutes par semaine, pour des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé.

De plus, sont recommandés des exercices de renforcement musculaire au moins deux jours par semaine. Enfin, chez les personnes âgées à mobilité réduite, des exercices de travail d'équilibre et de prévention des chutes doivent être pratiqués au moins trois jours par semaine.

L'activité physique, en tant que thérapeutique non médicamenteuse, est largement promue ces dernières années. Des décisions gouvernementales et institutionnelles ont été prises dans ce sens. Les populations-cibles sont nombreuses : les enfants, les personnes présentant une pathologie néoplasique, les personnes atteintes d'une maladie chronique s'inscrivant en ALD, les personnes âgées.

En France, l'activité physique s'intègre dans une démarche de prise en charge médicale impliquant au premier plan le médecin généraliste. En effet, il est possible, depuis le 1^{er} mars 2017, de prescrire une activité physique adaptée dans le cadre d'une ALD, d'après le décret n°2016-1990, paru le 30 décembre 2016 (23). De plus, pour faciliter la réalisation de ces prescriptions, la HAS a publié en septembre 2018 un guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes (24).

L'avancée en âge est associée à une diminution de l'activité physique (20,25–27). En France, parmi les 65-79 ans, près des 2/3 déclarent un niveau d'activité physique modéré ou élevé, correspondant aux recommandations de l'OMS (26). Chez les adultes de 65 à 79 ans, on dénombre 37,6% ayant un niveau d'activité faible, versus 57,9% avec un niveau d'activité modéré et 4,6% avec un niveau d'activité élevée, selon l'étude INCA 3 (27). Cependant, on note un glissement de l'activité élevée vers l'activité modérée, avec l'âge. Il existe également une disparité selon le sexe. En effet, les hommes sont plus actifs que les femmes, quel que soit l'âge (25), ce que corrobore l'étude ESTEBAN 2015 : 71,5% des hommes contre 57,8 % des femmes ont un niveau d'activité physique modéré ou élevé(28).

Chez les personnes âgées, certains freins à la pratique d'une activité physique ont été identifiés (20,29). Il s'agit de facteurs environnementaux (distance des sites de pratique, difficultés de transport, sécurité des aménagements urbains), facteurs sociodémographiques (niveau de scolarité, niveau de revenu, emploi), mais surtout de facteurs psychologiques qui s'appuient sur des croyances et la perception sur le vieillissement, la peur de chuter, l'âge subjectif, la personnalité.

Une revue de littérature de 2015 rapporte néanmoins que la perte de l'intégrité physique (chutes, blessures, accidents) n'est pas plus importante chez le sujet âgé pratiquant une activité physique qu'un sujet âgé inactif ; et les risques liés à la régulation métabolique (homéostasie vasculaire, thermorégulation et régulation des volumes liquidiens) peuvent être anticipés par une pratique encadrée, dans un environnement adapté (températures extrêmes évitées, réhydratation anticipée et abondante) (30).

Dans les EHPAD, de plus en plus de programmes d'activité physique adaptée sont mis en place, encadrés par des éducateurs sportifs , dans le cadre d'une prise en charge pluri professionnelle incluant les médecins coordonnateurs, les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes.

Ce constat nous amène à nous poser la question suivante : comment les personnes âgées pratiquant une activité physique en institution ressentent cette action ?

Pour répondre à notre question, nous avons choisi comme objectif principal d'analyser le ressenti et les perceptions des personnes âgées vivant en institution vis-à-vis de l'activité physique encadrée qu'ils pratiquent, et de leur lien avec l'autonomie.

SIEL BLEU :

1) Présentation de l'association

Siel Bleu, initiales pour Sport Initiatives Et Loisirs, est un groupe associatif à but non lucratif, présent en France depuis 1997. Initialement créée à Strasbourg par deux étudiants en STAPS, cette association s'est étendue à toute la France, en vingt ans, ainsi que dans certains pays européens (Gymsana en Belgique, Siel Bleu Irlande et Siel Bleu Espagne).

Cette association, dont le but est de promouvoir l'activité physique, présente trois terrains d'action : Siel Bleu en résidence EHPAD, DomiSiel (à domicile), et Actions en entreprise.

Nous nous intéressons, dans le cadre de ce travail, à la branche des personnes âgées résidentes en EHPAD, dans le département du Gard.

Selon le profil des résidents, classés en trois catégories (personnes fragilisées mais mobiles, personnes très fragilisées et peu mobiles et personnes ayant des troubles cognitifs majeurs), l'activité physique adaptée proposée par l'association s'articule autour de quatre grands programmes :

- Gym sur chaise
- Equilibre en bleu
- Gym Alzheimer
- Gym autour de la table

Ces programmes d'activité physique adaptée sont encadrés par des intervenants diplômés d'une licence ou d'un master STAPS, et spécialisés en Santé publique et en Activité Physique adaptée à la Prévention.

A travers ces programmes d'APA, le but de Siel Bleu réside notamment dans le maintien de l'autonomie et du lien social (31,32).

2) Exemple d'une séance d'activité physique encadrée : description de l'atelier Posture-Equilibration-Motricité (PEM) avec le parcours de marche DM3®
(annexe 1)

Il s'agit d'un atelier d'une durée de 60 min.

Matériel : la séance est réalisée à l'aide d'un tapis noir, le parcours de marche DM3® divisé en trois parties, avec accessoires : barres de hauteurs différentes ; sols irréguliers : dévers, moquette, clous parisiens; plateforme trapézoïdale ; plots avec balles. (*figure 2*)

Ce parcours comporte 12 exercices, axés sur :

- la marche physiologique
- l'équilibre dynamique
- l'équilibre statique

Au début de la séance, les résidents peuvent bénéficier, sur la base du volontariat, d'un échauffement sur un vélo d'intérieur.

Le premier tapis fait travailler les pas. Tout d'abord, le résident doit faire des pas en avant, avec un allongement progressif de la foulée, en suivant des cases sur le tapis. Puis, il recommence le même exercice avec des pas latéraux (marche latérale), et enfin, en marche arrière.

Le second tapis est axé sur l'équilibre. Il comporte trois exercices : un exercice de ramassage d'une balle sur des plots de plus en plus petits. Puis le second exercice consiste à monter et descendre d'une surface trapézoïdale (face montante, replat et face descendante). Enfin, le dernier exercice est celui de la station unipodale : le résident doit rester 5 secondes sur chaque appui.

Le troisième tapis propose trois exercices : l'enjambement, la marche en dévers, et la marche sur terrains spéciaux (marche sur série de baguettes transversales, marche sur moquette épaisse, marche sur champ de clous parisiens).

Une évaluation est réalisée lors du premier atelier PEM réalisé par le résident, puis régulièrement, tous les trois mois, à l'aide d'une grille de notation. Cette note prend en compte l'autonomie du résident sur chaque agrès : seul, avec aide mécanique (canne, déambulateur), ou avec une aide humaine.

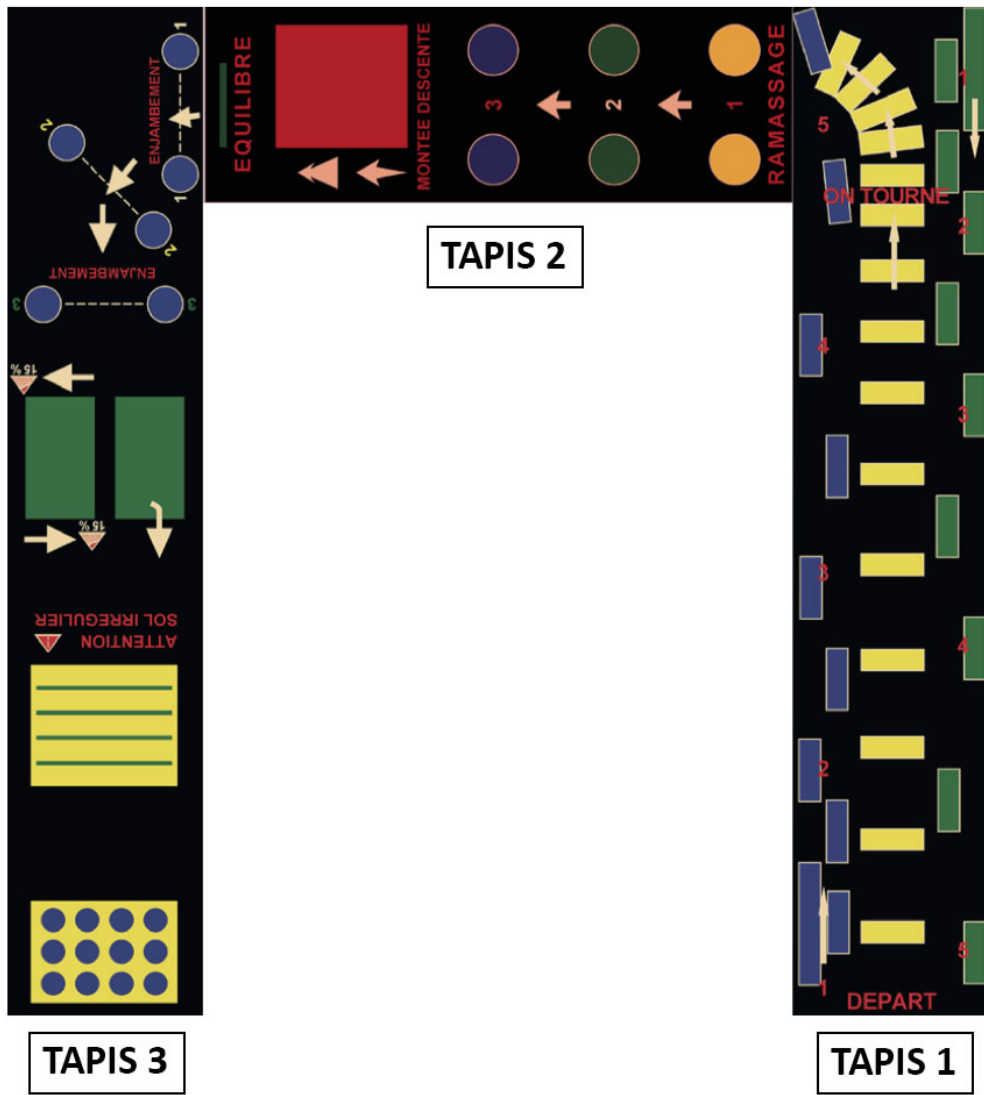


Figure 2 : Tapis de parcours de marche DM3®

MATERIELS ET MEHODES

1) Type de l'étude

Pour répondre à la problématique, nous avons effectué une étude qualitative par entretiens collectifs ou *focus groups*.

Une recherche qualitative semblait en effet appropriée pour étudier les perceptions et le ressenti de la population-cible.

L'approche par *focus groups* était intéressante par rapport à la capacité réflexive qu'elle suscitait et aux interactions possibles entre les différents participants. En effet, ceux-ci effectuaient les séances d'activité physique de manière collective ; recueillir leur témoignage par entretiens collectifs constituait ainsi une continuité.

2) Recueil de données

Le recrutement a été réalisé via l'association Siel Bleu, qui intervient dans des maisons de retraite ou des EHPAD.

Le nombre de *focus groups* n'était pas connu à l'avance. Les séances ont donc été réalisées jusqu'à obtention de la saturation des données.

Les sujets ont été sélectionnés par les animateurs ou directeurs d'établissement de résidence, à partir des critères d'inclusion et d'exclusion qui leur avaient été donnés.

Les critères d'inclusion de l'étude étaient :

- sujet âgé de plus de 65 ans
- résidant en EHPAD ou institution « petite unité de vie »
- pratiquant une activité physique depuis au moins 2 mois
- dans le cadre d'une activité physique encadrée

Les critères de non-inclusion de l'étude étaient :

- sujets atteints de troubles cognitifs sévères ou démence caractérisée
- contre-indication à la pratique d'une activité physique

Les entretiens se sont déroulés dans les établissements de résidence des sujets, parfois après une séance d'APA, après avoir rencontré l'intervenant APA, l'animateur de l'EHPAD et/ou le directeur de l'établissement. Lors des entretiens, les sujets et les chercheurs étaient assis autour d'une table, dans une pièce de vie commune, assez neutre.

Ces entretiens ont été menés par deux chercheurs : un animateur et un observateur, à l'aide d'un guide d'entretien avec questions ouvertes, préalablement rédigé.

Ce guide a été remanié au fil des entretiens, selon les réponses obtenues lors des entretiens (annexes 2 et 3).

Un consentement oral a été obtenu auprès des participants, après une information claire et appropriée.

Conformément à la nouvelle loi Jardé (33), le Comité de Protection des Personnes n'a pas été sollicité.

Le comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants n'a pas été consulté, cette étude faisant partie du domaine des sciences sociales.

Les entretiens ont été enregistrés avec trois supports différents pour permettre une retranscription fidèle :

- un enregistrement audio numérique à l'aide d'un dictaphone Olympus VN-541PC
- un enregistrement vidéo numérique à l'aide d'un caméscope Sony Handycam HDR-PJ330
- la prise de notes écrites par l'observateur

Ils ont été entièrement retranscrits mot à mot, sous forme de verbatim, à l'aide du logiciel Microsoft Word (annexe CD-R). Les scripts d'entretien ont été entièrement rendus anonymes.

Les entretiens collectifs ont pris fin lorsque la saturation des données a été atteinte, c'est-à-dire lorsque aucune information nouvelle n'a été apportée.

3) Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée par théorisation ancrée (34). Cette méthode a nécessité différentes étapes (34,35).

Tout d'abord, un premier examen empirique a été réalisé, grâce à un premier codage dit « ouvert ». Puis, nous avons mené un travail de conceptualisation, à l'aide de catégories conceptualisantes. Enfin, nous en avons extrait une théorie à partir de la mise en relation des entités conceptuelles.

Les codages ont été réalisés à la main, ainsi qu'à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative MaxQDA, et nous avons réalisé un double codage.

Les étapes d'élaboration du guide d'entretien, de recueil des données et d'analyses ont été réalisées simultanément, avec un va-et-vient permanent entre les étapes (36), ce qui constitue l'essence de l'analyse par théorisation ancrée.

RESULTATS :

1) Population étudiée :

Entre le 2 juillet 2019 et le 27 août 2019, nous avons effectué quatre séances d'entretiens collectifs, constitués de groupes de cinq à neuf personnes, dans trois établissements ou EHPAD du département du Gard. La durée des séances variait de 38 minutes à 1 heure et 5 minutes.

La saturation des données a été atteinte au troisième *focus groups*. Nous avons effectué un quatrième groupe afin de confirmer l'absence de nouvelle donnée.

Au total, vingt-neuf résidents ont été interrogés, répartis en quatre groupes différents. Ces groupes ont été organisés sur le lieu de résidence des sujets (EHPAD ou petite unité de vie).

Dans notre échantillon, on comptait sept hommes et vingt-deux femmes (figure 3). L'âge des participants variait de 65 ans à 95 ans (figure 4).

La majorité des sujets étaient dans le groupe GIR 4. On comptait deux personnes en GIR 2 et en GIR 6, ainsi que neuf personnes en GIR 3. Aucun sujet n'était dans les groupes GIR 1 ou 5 (figure 5).

Figure 3: Répartition de la population étudiée en fonction du sexe

■ Femmes ■ Hommes

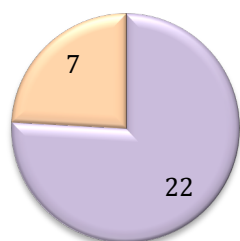
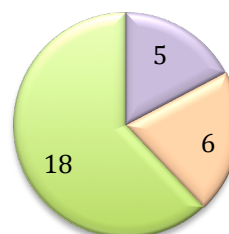


Figure 4: Répartition de la population étudiée en fonction de l'âge

■ 65-75 ans ■ 75-85 ans ■ > 85 ans



Concernant les pathologies chroniques, les plus représentées étaient l'hypertension artérielle, puis le syndrome dépressif et les pathologies cardio-vasculaires, devant le diabète, et enfin le cancer et les pathologies respiratoires (figure 6).

Figure 5: Répartition de la population étudiée selon le groupe iso-ressource (GIR)

■ GIR 1 ■ GIR 2 ■ GIR 3 ■ GIR 4 ■ GIR 5 ■ GIR 6

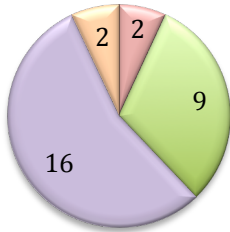
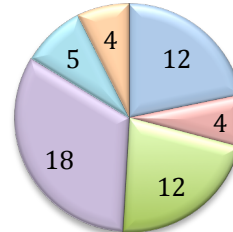


Figure 6: Répartition de la population selon les pathologies chroniques

■ Syndrome dépressif
 ■ Cancer
 ■ Pathologie cardio-vasculaire
 ■ HTA
 ■ Diabète
 ■ Insuffisance respiratoire



Bien que la recherche qualitative n'ait pas de nécessité de représentativité (pas de nécessité d'échantillonnage de la population étudiée), nous nous sommes permis de caractériser notre population, qu'il est souhaitable d'être la plus diversifiée possible, par des graphiques, pour la clarté de la lecture.

2) Résultats des entretiens

L'activité physique encadrée chez les personnes âgées interrogées est de manière générale favorablement accueillie, et s'accompagne d'une réaction positive et enthousiaste.

C1 : C'est agréable, c'est nécessaire. [...] C'est que des avantages.

D1 : Oui. Oui, ça a été une bonne surprise, c'est vrai.

A3 : Et surtout, ça m'a permis de voir que il fallait pas être pessimiste.

C3 : Ça aide à aller davantage en avant.

I3 : D'avoir de l'espoir.

B4 : Ben c'est bien, ça me plaît, j'aime bien.

Cette réaction est non seulement verbale, mais s'exprime également à travers des émotions :

I3 se met à pleurer.

Elle est cependant exprimée de manière plus détachée par certains sujets, qui utilisent une double négation : un adjectif négatif suivi de la négation de la phrase.

D1 : Non mais c'est pas désagréable ces séances de gymnastique !

A3 : C'est pas mal du tout.

H3 : Je viens, disons.

F1 : Ça va. C'est pas trop pénible.

Cet accueil positif s'accompagne d'un sentiment global de bien-être, rythmé par le leitmotiv « ça fait du bien » ou « ça me fait du bien ».

D1 : Oui non mais ça fait du bien.

C1 : On sait que c'est bon pour nous.

B1 : C'est bien hein, quand même !

D2 : Ça fait du bien ! [...] Ça nous fait beaucoup de bien.

B2 : Ça me fait du bien.

F2 : Ça fait du bien !

F3 : Oui, ça me fait du bien.

I3 : C'est tout à fait ça. Ça fait du bien.

D3 : Moi, j'suis bien.

Il en ressort un sentiment de vérité générale, tel un besoin presque primaire, une nécessité.

C1 : C'est dans notre intérêt, hein !

D1 : On sent qu'on en a besoin.

G1 : Nécessaire.

A4 : [...] Alors ça veut dire qu'on le trouve utile.

Certains sujets l'expriment de manière plus personnalisée :

E2 : J'adore ça.

D2 : Je me sens mieux. Je me sens plus légère. [...] J'aime bien, j'aime bien faire du sport, j'aime bien !

E3 : Ah non, mais, moi, je trouve que c'est parfait quoi.

F3 : Oui, j'aime aussi. Ça me fait du bien.

H3 : [...] ben j'aime beaucoup l'exercice physique.

D4 : Moi j'ai bien aimé.

Ce bien-être semble effectif dans différents domaines qui sont intimement liés et intriqués.

I/ La dimension physique :

G2 : Physiquement aussi ça fait du bien.

La principale définition de l'activité physique donnée par les sujets concerne le mouvement.

G1 : Oui, ça fait bouger autrement.

H1 : Tout ce qu'on est capable de faire, un peu de marche [...].

H1 : Ça apporte des mouvements.

A1 : Moi je trouve que c'est très bien parce que c'est des mouvements qu'on ne fait pas seul. Les jambes, les bras tout ça, on le ferait pas. Donc ça nous oblige quand même à faire d'autres gestes que l'on ne fait pas ...

E3 : L'activité physique, c'est quand quand on bouge. Quand on bouge un petit peu, quoi. Au moins un petit peu.

A4 : Ça fait travailler toutes les parties du corps. [...] Oui, depuis les mains, c'est ce que je dis, moi ! Les mains jusqu'aux doigts de pieds, quoi, voilà ! Ça fait tout travailler. Chaque

fois qu'elles viennent, c'est comme ça. On commence par les mains, enfin en principe. Puis la tête, le cou, enfin voilà. On fait tout travailler.

D4 : Le bien-être. Beaucoup de bien-être. Parce que ça fait travailler tous les muscles du corps.

Ce mouvement participe au bien-être grâce à différents points, développés ci-dessous.

a- Des améliorations, des progrès

L'un des bénéfices clairement exprimé de l'activité physique, est l'amélioration, les progrès constatés au fur et à mesure des séances.

I3 : Une rééducation.

A2 : J'ai fait beaucoup de progrès.

A3 : J'ai réussi à retrouver l'usage à peu près, de ma jambe droite.

Ces améliorations concernent les domaines suivants :

- la marche

D1 : C'est à dire mieux marcher.

D2 : Il me faut marcher un peu.

F3 : Oui, je marche mieux.

B3 : Ben moi, l'activité physique me permet de marcher.

E4 : C'est vrai ! Pareil, on marche régulièrement ...

D4 : Eh oui, on fait beaucoup de marche !

A4 : Euh, oui quand même parce que ça aide pour le corps, marcher un peu...

- l'équilibre

Les sujets sont souvent préoccupés par le risque de chutes qui est important dans cette population. Certains sont rassurés par le travail d'équilibre proposé, tandis que d'autres sont résignés et n'arrivent pas à percevoir leurs progrès sur leur équilibre malgré les séances d'APA orientées dans ce sens.

A2 : L'équilibre me fait du bien.

A4 : On risque de tomber tout le temps.

H3 : Ben, y aura pas de progrès, voilà. Tout simplement. Y aura pas de progrès ! J'ai beau travailler, zéro !

B3 : Ben on peut rien faire. Y a des années que je me soigne, mais l'équilibre, ça revient pas, hein ! Si j'ai pas la canne...

- l'assouplissement

C1 : Ça nous assouplit. [...] Assouplie, on est plus légère !

D1 : Qui nous assouplissent. Les articulations.

C4 : Ça me dégourdit un peu.

- l'adresse

E2 : Elle adapte des exercices d'adresse...

- la légèreté

C1 : Assouplie, on est plus légère !

D2 : Je me sens mieux. Je me sens plus légère.

Ces bénéfices permettent ainsi d'améliorer la vie quotidienne et participent au maintien de l'autonomie selon certains sujets. Les bénéfices énoncés apparaissent aussi dans les attentes de certains sujets vis-à-vis de l'activité physique.

C1 : Oui, oui car avant je ne les mettais pas et maintenant je peux les mettre (*en parlant de ses chaussettes*).

A2 : Je monte les escaliers, je les descends.

I3 : [...] et là maintenant, ça fait six mois que je marche. Je peux me lever. Et me déplacer avec le déambulateur. Pour aller aux toilettes, pour faire certaines choses.

b- Un confort

Une notion de confort lié à l'activité physique émerge des entretiens. Ce confort est d'une part lié à l'intensité ; d'autre part à une absence d'obligation et à une adaptation personnalisée des exercices proposés.

D1: On nous a dit que c'était de la gymnastique douce.

D1 : Non mais en plus de ça ce sont des mouvements assez simples. [...] Ce sont de bons mouvements. C'est simple mais ...

F1 : C'est pas pénible, on est assis.

E2 : Non mais ça apporte un certain confort.

D3 : On participe à ce qu'on peut. Ce qu'on ne peut pas, on n'y participe pas, et puis voilà.

A4 : Douce, ça voulait dire ça. Ce qu'elle nous fait faire là. C'est des choses qu'on force pas. Pas besoin de forcer pour faire tout ça, quoi. Alors c'est déjà pas mal. Si c'est pour s'esquinter, c'est pas la peine, hein.

D4 : Il faut essayer de le faire, mais si on peut pas, il faut pas forcer non plus. Ça serait inutile.

D4 : Si on n'était pas bien, on ne viendrait pas. On n'est pas obligé de venir, là. Voyez ce que je veux dire ?

c- Une action antalgique

Certains sujets évoquent une action antalgique de l'activité physique, qui est perçue aussi bien sur le plan physique que sur le plan psychique.

D1 : Non, elle a pas gémi. Elle était occupée, et c'était une bonne chose pour elle. *(En parlant d'une résidente démente, lors de la séance d'APA)*

D2 : Ne pas rester planter sans rien faire, sinon je suis bloquée.

D2 : Je trouve que ça me soulage tout le corps.

C3 : Ça aide si on a mal.

A4 : Oui, quand même. Oui. Ne serait-ce que parce qu'on a mal partout, et là de faire travailler... *(en parlant de la séance d'APA qui vient d'avoir lieu)*

d- Un maintien de la forme / santé physique

On note une volonté d'un maintien des acquis, de retarder une éventuelle régression, tant au niveau des attentes que des bénéfices réellement observés.

F1 : Pour rester en forme.

G2 : Faire de la gym. Essayer de rester un peu en forme.

C3 : Une mise en forme.

A3 : Un maintien.

A3 : C'est retarder... le... L'immobilisation.

D4 : Se maintenir un peu en forme.

B4 : Se maintenir en forme.

e- Le respect du corps

Cette notion a été peu abordée lors des entretiens, cependant, un sujet en parle spontanément.

A2 : Une amélioration. Une grande amélioration. Euh... un respect de moi. Un respect de mon corps. J'avais toujours aimé me sentir bien dans mon corps et dans ma tête.

Un autre résident confirme l'importance du regard sur le corps et de l'estime de soi, lors de la question : *Est-ce de l'activité physique a une influence sur votre estime de vous ? Ou sur votre corps, votre regard sur le corps ?*

D4 : Sur le corps, oui, oui !

Chez un autre sujet, il s'agit d'une notion égocentrique et narcissique, assimilée à une haute estime de soi, et ne devrait pas être abordée.

A4 : Pas tellement. [...] Moi je suis pas imbue de ma personne, hein. (*En réponse à la question : Est-ce que vous portez un regard particulier sur votre corps ?*)

f- Eviter la sédentarité

Une personne oppose l'activité physique, qu'il conçoit comme un loisir, aux activités sédentaires, qui lui sont rébarbatives. Un autre sujet insiste sur le fait de ne pas rester sédentaire.

A3 : Trois tours du monde. Je suis un actif ! Et alors, se résigner, moi ça me ... Ça m'embête. Il faut que je me reconvertisse dans une autre activité. Mais il faut que je sois actif ! Il faut pas que je me couche ou que je prenne un roman polar ou n'importe quoi. Ça c'est pas la peine, ça m'endort.

D4 : Il faut bouger, il faut bouger. Faut pas rester ... assis dans une chaise toute la journée ou dans le lit, surtout pas ! Il faut marcher, il faut bouger.

Cependant, quelques sujets évoquent la difficulté à ne pas pouvoir pratiquer tous les mouvements, par limitation physique.

E2 : Moi, je ne peux pas faire tous les mouvements.

H3 : C'est difficile à dire, mais, ben j'aime beaucoup l'exercice physique. Mais je peux plus en faire.

B3 : Mais la gymnastique physique, pas possible. [...] Mais je peux pas pratiquer, comme là, les activités comme ça (*en parlant du parcours PEM*). Je peux pas me baisser, j'ai une stomie, j'ai une éventration. Alors, voyez, j'ai beaucoup de contraintes.

Pour certaines personnes, il s'agit d'un réel frein à la participation des séances d'APA, tandis que d'autres savent rebondir et trouver des alternatives.

La dimension physique, basée sur le mouvement, permet de réaliser des progrès dans différents domaines (marche, équilibre, assouplissement), en annihilant la douleur et en restant confortable ; apportant un gain d'autonomie et une meilleure perception de soi.

II/ La dimension psychique

L'aspect psychique de l'activité physique revêt une importance particulière du fait de sa complémentarité avec la dimension physique dans la recherche d'un bien-être. Cette dualité-complémentarité est exprimée à plusieurs reprises :

G2 : Ça me faisait du bien moralement et physiquement. E2 : Quand même moi je trouve que le sport est un excellent moyen de reconstruction. De reconstruction et dans la tête et dans le corps. D4 : C'est bien parce que ça nous fait travailler les muscles et puis le cerveau aussi !
--

Cette complémentarité est décrite comme un équilibre.

A2 : J'avais toujours aimé me sentir bien dans mon corps et dans ma tête. E2 : C'est comme si ça nous équilibrait, quelque part.

a- Une bonne santé mentale

Un des aspects évoqués est le maintien d'une bonne santé mentale, qui se traduit par un bien-être psychologique, une confiance en soi, une joie de vivre.

C1 : Ça donne le moral. F1 : Pour rester en forme et pis pour le moral. B1 : Pour le moral c'est très bon. I3 : C'est bien pour le moral. D4 : Et si je faisais pas de sport, je serai pas gai.

Cet aspect de bonne santé mentale est retrouvé chez certains résidents qui trouvent dans l'activité physique, une parade à un éventuel syndrome dépressif.

D2 : Ça aide à vivre ! Au lieu de se coucher et de plus rien penser, eh ben il vaut mieux de se remuer, tout ça !

D4 : C'est des petits trucs comme ça, qui font que la vie est vivable. Un petit peu. La vie est beaucoup plus vivable. Si vous êtes seul, vous êtes seul. Qu'est-ce que vous faites seul ? Le cerveau tourne au ralenti.

b- La recherche du plaisir et du bonheur

L'aspect psychique inclut une notion philosophique de plaisir, autour de la métaphore du voyage et de l'évasion que l'on pourrait qualifier de chemin vers le bonheur :

F1 : Bé écoutez, ça me fait évader.

F1 : J'essaie d'oublier mes soucis.

E2 : C'est comme une évasion.

C3 : Et puis ça me permet aussi d'aller ailleurs. De voyager.

Tandis que pour une résidente, l'activité physique est un moyen de lutte contre son mal du pays :

D2 : Et une autre chose, ça me fait oublier un petit peu que je suis pas d'ici.

c- L'activité physique : un loisir

De plus, l'activité physique apparaît comme un loisir, une distraction, au même titre que d'autres activités qui sont proposées dans les résidences (chant, dessin). On y retrouve la notion de temps, sous forme d'une richesse temporelle « un bon moment », mais aussi l'aspect social.

C1 : Pour avoir plus de distraction

G1 : Euh... Faire autre chose.

D1 : Ça occupait son cerveau (*en parlant d'une patiente démente qui assiste aux séances d'APA*).

G2 : Une occupation. Moi, c'est une occupation pour le plaisir, c'est tout.

D4 : C'est à dire y a des dames qui viennent faire des dessins aussi, nous faire un peu dessiner, d'autres dames qui viennent comme on a fait aujourd'hui. D'autres dames qui viennent nous distraire en chantant ou des trucs comme ça, voyez ? Des activités, qui viennent l'après-midi. Passer une heure, nous distraire.

Un sujet a cependant clairement émis un avis négatif vis-à-vis de la dimension psychique. Elle exprime sa préférence pour une activité sédentaire qui lui procurerait un bien-être psychique équivalent : la lecture. L'activité physique apparaît ici comme une perte de temps.

H3 : Non, c'est dans la perte de temps, plutôt. Oui, une perte, pour moi.

L'importance de la dimension psychique réside dans la recherche d'une bonne santé mentale, du plaisir et du bonheur. Elle s'inscrit en complément de l'aspect physique par l'équilibre qu'elle apporte, ainsi que l'aspect social dans sa fonction de loisir.

III/ Une dimension sociale

L'un des aspects évoqués de l'activité physique adaptée est l'interaction sociale et relationnelle qui découle de ces séances. Un sujet emploie un mot du champ lexical du sport « une équipe » pour décrire le lien social qui se dégage des séances d'activité physique.

B1 : On est souvent toute une équipe.

D1 : [...] de se retrouver ensemble.

F1 : Déjà on est tous ensemble.

A2 : Et puis faire le sport, ça me permet de voir les gens.

G2 : Je viens surtout m'occuper et profiter de tout le monde, un peu de l'ambiance.

E2 : Non mais, on fait les choses en groupe. Et dans l'équipe, il y a une autre ambiance. [...]

Ça rapproche drôlement.

D2 : On n'est pas seul.

C3 : On vient voir du monde !

B3 : Ça fait du bien de se retrouver entre nous.

E3 : Pour faire voir qu'on fait partie du ... du groupe. Voilà ! C'est tout.

D4 : On ne ferait pas si on était tout seul, voyez ? En étant en équipe comme ça, on est plus libres de penser et de dire ce qu'on veut faire. Ou ce qu'on fait, ou ce qu'on a fait. Là c'était bien aujourd'hui, voyez ?

D4 : Au niveau santé. Et au niveau d'amitié. On est tous ensemble.

B4 : Oui, voilà ! On est ensemble.

Cette composante sociale est avant tout globale. Elle intervient alors même que certaines personnes évoquent la difficulté de la solitude liée d'une part à l'avancée en âge et d'autre part à l'institutionnalisation.

D1 : Moi aussi j'étais seule.

A1 : Ça fait du bien. On a tendance à se replier sur soi-même. Tandis ce que là, ça nous oblige quand même à faire quelque chose.

H1 : Oui aux autres personnes. Pour être plusieurs. Parce que chez soi, on a tendance à être seul.

C4 : J'aime bien avoir de la visite ou des ... Mais non, rester seule, je peux pas.

Implicitement liée à l'âge, la solitude se retrouve dans le trouble et la fracture liés à l'institution :

E2 : C'est qu'en EHPAD, on est un peu déconnecté du monde. On est au courant aussi grâce aux animations.

Cette solitude apparaît ainsi comme un facteur défavorable de la dimension psychique, et au-delà, amène à penser qu'il s'agit d'un frein à l'autonomie. (cf IV)

D1 : Bien sûr parce que j'étais seule chez moi. P't'être pas très bien.

H1 : On n'est pas dans son coin tout seul. Quand on vit seul, c'est pas drôle. [...] Chez soi, petit à petit on se laisse aller... Ne pas sortir ou à ne sortir que quelque part ...

Par opposition, la dimension sociale qui émerge de l'activité physique constitue une part d'autonomie :

D4 : Les journées sont longues ! Et là, quand on est comme là, entre nous, ou d'autres personnes qui ne sont pas d'ici, ça fait rien ; mais déjà c'est une distraction, voyez ? C'est différent. Ça change. Et ça nous laisse un morceau d'autonomie, disons. Un petit morceau.

Ce que corrobore l'idée d'un sujet qui parle de la vie d'équipe comme d'une liberté.

D4 : En étant en équipe comme ça, on est plus libres de penser et de dire ce qu'on veut faire. Ou ce qu'on fait, ou ce qu'on a fait. Là c'était bien aujourd'hui, voyez ?

Les actions menées pour se sociabiliser sont souvent la communication verbale, mais aussi l'échange non verbal.

H1 : De ne pas être seule, parler, de jouer...

A2 : [...] on va rire un peu, boire un café, faire les mots croisés, lire le journal.

C3 : On parle un peu. Je lui laisse mes journaux.

H3 : Un petit peu de... Disons de convivialité.

E3 : Oui. De temps en temps. On discute pas longtemps.

D4 : Si c'était pas ce sport, aujourd'hui, il n'y aurait eu personne, là. Tout le monde aurait été dans sa chambre, d'un côté ou d'un autre. Là, tout le monde était là. On peut se parler, on se voit et tout. C'est déjà quelque chose. [...] Voilà. C'est primordial, quand on est en vie ! La parole, c'est de l'or ! Si elle est bien utilisée.

Ce lien social s'effectue également entre les résidents et les encadrants de l'APA, qu'ils soient animateurs ou intervenants Siel Bleu.

D1 : Et puis surtout elle est très gentille, celle qui nous fait faire la gym.

E2 : Elle nous met au courant de tout, on dialogue. Tout en faisant, c'est très intéressant ! *(en parlant de l'intervenante APA)*. [...] Les profs sont supers.

E2 : Il y a un lien affectif entre le prof et les résidents.

A4 : On la connaissait pas, elle. Cette personne. Mais elle est très bien.

B4 : Elle est bien.

Un esprit de groupe se forme, et en parallèle, une recherche de la performance se crée, vis-à-vis de soi, mais également des autres (compétition implicite), de manière bienveillante le plus souvent.

E2 : Le fait de le faire en groupe, ça stimule vachement.

I3 : Tout le monde il est content de voir le progrès que je fais.

E2 : On se donne à fond. [...] Oui parce que, quand même ... Voir ce que les copines font ! [...] On veut pas être minable, minable !

Ces valeurs sportives induisent un respect d'autrui, malgré les différences ou handicap :

E2 : On respecte l'autre avec ses problèmes et ses différences. Non parce qu'en EHPAD, il vaut mieux. On se voit tous pareils, mais en vérité, on a tous notre handicap.

Cependant, certains sujets émettent des critiques négatives quant à la fonction sociale de l'activité physique. Une proposition de réalisation de groupes différents en fonction du niveau physique des résidents est suggérée.

G1 : Faudrait... Faudrait faire un tri. Un tri de facilité de chacun ... Enfin pas de chaque personne, mais à peu près.

G1 : Voilà. Et puis euh... celles qui savent le faire trouvent que c'est ... D1 : ...C'est trop facile.

De plus, un sujet conforte cette idée de différence de niveaux, en portant un jugement sur la pratique de certains co-résidents, qui ne semblent pas comprendre les consignes du professeur.

E4 : En même temps ça dépend des mouvements, y en a qui les font pas comme il faut ... Y a des personnes qui les font à leur façon, ça a l'air simple. Mais c'est pas du tout ce qu'elle a demandé.

De même, certaines plaintes vis-à-vis de la participation de personnes avec atteintes cognitives sévères aux séances ont été émises, avec la mise en avant de la perturbation de ces séances par les cris. On note toutefois l'ambivalence dans les propos d'une résidente, qui semble vouloir le calme pendant la séance, mais comprend l'importance de l'activité physique et d'être en groupe pour les personnes démentes.

B3 : Enfin quand faut supporter... Vous avez entendu, mais, moi je peux pas, hein. Moi, je peux pas ! (*En parlant des résidents déments*) [...] C'est l'enfer ! Faudrait faire deux groupes. Mais faut qu'ils soient intégrés ...

E3 : C'est assez... Assez compliqué. [...] Pour les autres.

La dimension sociale vient temporiser une rupture dans le mode de vie (passage de la vie à domicile à une vie en institution) en redonnant un sens à la vie des résidents, qui doivent faire le « deuil » de leur existence antérieure. L'esprit d'équipe ressenti grâce à l'activité physique permet de créer une relation affective en maintenant un lien social entre résidents et intervenants, ce qui procure une forme de liberté et d'autonomie.

IV/ Intégration et participation de l'activité physique au sentiment d'autonomie.

Il s'agit d'une définition personnelle. Selon les sujets, cette autonomie revêt différents aspects.

a- L'autonomie : l'indépendance

Trois personnes définissent l'autonomie comme le fait de « se suffire ».

A1 : Ben c'est à dire que l'on doit se suffire à soi-même. C'est ça être autonome.

H1 : C'est de se suffire.

H3 : Ça veut dire pouvoir me suffire.

D4 : Se suffire, à soi-même

Il s'agit pour eux, de la capacité à subvenir aux besoins primaires, de réaliser les actes de la vie quotidienne. A cela, se rajoute la possibilité d'avoir une vie sociale (voir des amis, parler, aller au cinéma, au restaurant), des responsabilités, réaliser des déplacements extérieurs (sortir) ...

A1 : Se subvenir sans besoin d'aide. Pour la toilette, pour tout.

A1 : Pour être autonome pour les cachets, pour la toilette... pour tout.

H1 : Du ménage, de la cuisine ...

A2 : Alors je suis, moi, je suis très autonome. Toilette, tous les jours, lit, la poussière. Je suis une maniaque. Je me promène, souvent. Je sors assez souvent. J'ai même l'autorisation, bon maintenant il fait trop chaud, d'aller faire un tour, dans la ville tout ça. Et je fais euh... le maximum quoi, pour avoir mon autonomie.

H3 : Ce qui a, c'est par exemple, pouvoir rester chez moi, faire mes courses, le ménage...

C3 : Pour moi, 'fin, l'autonomie c'est déjà être indépendante au point de vue ... [...]...

Toilette, lit. Euh... Faire tout ça, faire mon ménage, ma chambre, tout ça. Je suis vice-présidente des résidents. Lorsque je veux sortir, je le signale et je sors. Je vais en ville. Je sors assez souvent, j'ai des amis, je vais souvent danser ou au cinéma, gueuleton. A Vatel.

A4 : Ben de rester seule, on n'est plus capable. Quand on ne peut plus faire son ménage, quand on ne sait plus faire les choses, c'est pas la peine.

D4 : La vie quotidienne, tout un tas de trucs.

Beaucoup de sujets insistent sur le fait qu'il s'agisse pour eux, de ne pas nécessiter d'aide, de ne pas être dépendant. Un sujet reformule même la question de « qu'est-ce que l'autonomie pour vous ? » par « qu'est-ce que vous faites vous-même ? ».

E1 : Pouvoir se débrouiller tout seul par exemple. Voilà.

H1 : Sans avoir besoin d'aide

E1 : Ne pas avoir besoin d'aide. Absolument pas.

A2 : qu'est-ce que vous faites vous-même ?

C3 : Ça nous permet d'être indépendant. Pour moi, c'est très important.

C4 : C'est se débrouiller seul.

Il peut être question d'une aide matérielle, avec les cannes ou le déambulateur :

A4 : Oui oui. Ah oui. Avec mon déambulateur. Parce que moi, je fais pas la marche, euh...

Avec la canne et avec le déambulateur, c'est bon.

Mais surtout d'une aide humaine. Ne pas dépendre d'une tierce personne semble être une définition à part entière pour certains résidents.

E2 : Pour moi, c'est faire tout ce qu'on est capable de faire, sans l'aide de personne.

D3 : Vous voyez bien j'ai pas de ... de comptes à rendre à personne, je... Je suis bien. J'suis bien dans ma peau, disons.

b- L'autonomie : une notion fractionnée en plusieurs composantes

Un sujet (A3), quantifie l'autonomie pour exprimer le fait qu'il ne se sente pas totalement autonome. Il induit la notion de « fraction », qui est reprise par un autre sujet (D4) : l'autonomie est divisée en plusieurs entités, dont l'aspect social fait partie.

A3 : Euh, l'autonomie, on aimerait bien... on aurait bien... On aurait aimé d'en avoir un peu plus, oui.

D4 : Y en a plus d'une autonomie, hein.

D4 : Un bout d'autonomie. C'est pas l'autonomie complète, mais un bout d'autonomie. (*en parlant de la composante sociale*).

Un sujet décrit l'autonomie par la négation :

A4 : C'est ce qu'on n'a plus.

c- L'autonomie, une affaire physique ...

L'autonomie, pour certains, c'est d'avoir les capacités physiques pour pouvoir bouger, réaliser des mouvements.

C1 : C'est ne pas rester inactif. C1 : C'est de se remuer

G2 : Faire ce qu'on peut et ce qu'on a envie de faire.

A4 : Eh bah bien sûr, hein. Et de faire encore un peu les choses.

Les résidents s'entendent donc pour dire que l'activité physique est nécessaire à l'autonomie, mais pas suffisante.

E2 : C'est quand même un pas vers l'autonomie. *(En parlant de l'activité physique)*

d- ... Et intellectuelle : de l'autonomie à la liberté

Certains sujets incluent dans leur définition de l'autonomie, une composante philosophique et intellectuelle.

Ils y apposent la notion de volonté au sens philosophique du terme, en fonction de leurs capacités physiques.

F2 : Pouvoir faire ce que je veux.

B3 : On fait ce qu'on veut.

G3 : Faire ce que j'ai envie de faire.

D3 : Je fais ce que j'ai envie, quand je peux.

Un sujet parle même de libre-arbitre, donc le fait de se déterminer librement, à agir et à penser.

C3 : Je préfère avoir mon libre arbitre.

A3 : Pour moi, l'autonomie c'est de faire certaines choses. [...] Des activités dans lesquelles je peux encore me glisser. [...]

A3 : Elle est intellectuelle.

A3 : A discuter de certaines choses. De prendre le journal, même de lire les évènements du jour.

Cette dénomination rejoint celle d'un autre sujet, qui décrit l'autonomie comme la liberté, sans toutefois parvenir à l'expliquer et à la définir.

E3 : Ah, c'est la liberté !

C3 : Pour l'instant, j'ai de la liberté et de... Comment vous dire... Le jour où je serai sur une chaise roulante, si je me suis cassée quelque chose, bon, le bras ... non. Mais sinon, j'ai dit à mon neveu et à ma nièce, si je suis trop dépendante de quelque chose, Alzheimer... Non, je ne veux pas.

Mais cette notion est controversée, et induit les limites de l'autonomie en tant que liberté. L'un des sujets interrogés, qui se considère autonome, ne se sent néanmoins pas libre, du fait d'une diminution des facultés physiques et intellectuelles :

D3 : Non. De dire liberté, non. On est plus libres de faire ce qu'on veut parce qu'on n'en a plus les moyens. Au point de vue intellectuel, voilà. On est diminué. Qu'on le veuille ou qu'on le veuille pas. C'est vrai. Même ceux qui se croient pas diminués le sont.

Cette liberté (autonomie), pour d'autres, signifie l'absence de captivité.

D2 : Alors moi, déjà, sortir, ne pas rester enfermée.

e- Les limites : un sentiment de manque de liberté en institution ?

Pour certains, leur autonomie semble tronquée du fait de vivre en institution. Ils se sentent comme privés partiellement de liberté.

A1 : Pouvoir faire beaucoup plus de choses que ... ici.

G1 : Plus d'autonomie, c'est à dire, faire encore autre chose, un peu plus

G1 : Pour moi, je suis assez contente de moi, mais j'en ai un peu moins qu'à l'extérieur.

H1 : C'est différent, on n'a pas le droit de sortir.

Mais une résidente nous amène à nous questionner sur la finalité de l'autonomie, et la nécessité d'être autonome pour se sentir heureux, ressentir un bien-être. Elle émet un jugement négatif vis-à-vis de personnes qui ne semblent pas ressentir un besoin d'autonomie pour être heureux.

E2 : Y en a qui malheureusement, attendent tout des autres, et qui n'ont aucune envie de s'en sortir. Qui se trouvent très bien comme ça.

L'autonomie est perçue comme composée de parties complémentaires : la capacité par opposition à la dépendance et le libre-arbitre. L'institutionnalisation rendue nécessaire par la perte d'autonomie à domicile par un certain nombre de résidents,

est vécue par d'autres comme la cause de cette perte. L'activité physique redonne un certain degré d'autonomie, tant physique, qu'intellectuelle et sociale.

V/ La dimension temporelle : une variable transversale

Le temps, omniprésent, est évoqué tout au long des entretiens, de différentes manières.

a- L'avancée en âge

Pour beaucoup de sujets, la question de l'âge avancé ou vieillissement revient régulièrement. Parfois, il s'agit d'un simple constat, mais souvent, les sujets l'évoquent comme un frein, une limite, à la fois physique et intellectuelle, qui peut mener à une perte d'autonomie.

D1 : Nous sommes toutes vieilles ! Je dis vieilles parce qu'il y a presque que des femmes.

D1 : On vient parce qu'on est des vieux et qu'on a besoin d'être soutenus !

D1 : Quand on arrive à un certain âge, c'est plus tellement possible !

G2 : Non. A mon âge, non. Franchement, non. C'est un peu parti.

G2 : Ben, j'ai 80 et quelques alors... Y a un temps pour tout, hein ! (*rires*)

D3 : J'ai pas 18 ans. Je les aurais plus ! (*rires*)

H3 : C'est comme ça... C'est dépassé...

H3 : Moi, l'âge me fait perdre mes ... Disons... Mes dispositions. Je marchais beaucoup mieux il y a deux ans. Que voulez-vous que je vous dise d'autre ? Je vieillis !

F3 : Oh je marche mieux. Je cours plus. J'ai vieilli. J'ai 66 ans.

D4 : Parce que c'est des personnes âgées alors peut être y a des trucs qu'elles nous font pas.

L'avancée en âge est parfois vécue comme un fatalisme, un destin auquel on ne peut pas échapper :

D1 : Parce que de toute façon on vieillit, on ne s'améliore pas de ce point de vue là.

Ce qui amène certains résidents à la résignation sur les attentes de l'activité physique :

H3 : Moi, je pense que je suis battue d'avance. H3 : Ben, y aura pas de progrès, voilà. Tout simplement. Y aura pas de progrès ! J'ai beau travailler, zéro !

B3 : Ben on peut rien faire. Y a des années que je me soigne, mais l'équilibre, ça revient pas, hein ! Si j'ai pas la canne...

Cependant, l'avancée en âge n'est pas perçue de la même manière par tous les sujets, et certains sont bien conscients que l'âge n'est pas le seul frein. Dans le quatrième focus groupe, une personne souligne le fait qu'une dame moins âgée semble plus peinée pour la réalisation d'activité physique que d'autres résidents nonagénaires plus âgés.

- A4 : Quel âge vous avez madame ?
- B4 : 89.
- A4 : 89 ?
- B4 : Oui
- A4 : Elle est moins âgée que ces personnes. Que monsieur (*en désignant D4*).
- D4 : 92 !
- A4 : Et que la dame aussi (*en désignant E4*).
- I : Et ça compte pour vous l'âge ? Est-ce que vous avez l'impression que ça compte, l'âge ?
- E4 : Eh bien, je trouve qu'il faut en faire le plus possible, tant qu'on peut.

b- L'initiation à l'activité physique et l'importance d'une régularité

Pour la plupart des sujets, l'initiation à l'activité physique au sein de leur lieu de résidence s'est faite de manière passive, et a nécessité une motivation extrinsèque.

A1 : Ben on nous l'a proposé.

D1 : Ah non ! Rien n'est contraint ici. Normalement. On fait ce qu'on veut. M'enfin, quelques fois on vous pousse aussi. On vient vous chercher dans votre chambre pour vous dire « y a cette activité ».

D4 : Ben c'est la maison qui nous a dit : on viendra telle date, telle date, telle date. Y aura quelqu'un qui va venir.

Chez certains, au contraire, on note un intérêt actif :

A2 : Non, j'avais vu sur le planning, et ça m'intéresse.

L'attrait pour les séances d'activité physique s'est fait au fil du temps, avec, au départ, un saut dans l'inconnu pour certains :

D1 : Oui mais sans savoir jusqu'à quand ça allait durer.

B1 : Un jour on a commencé, et voilà ! On est là, toujours là.

E2 : Une fois qu'on a mis son doigt dans l'engrenage, on est pris et on suit. On voit le rythme et on s'adapte.

D1 : On ne savait pas ce qu'on allait faire quand on est venues ici.

On y perçoit la place importante de l'initiation dans la continuité et la régularité de la pratique de l'activité physique.

L'importance de la régularité des séances est également rapidement soulignée, et rappelle l'entraînement sportif. Pour certains sujets, elle n'est pas assez présente, pour d'autres au contraire, elle est parfois vue comme une contrainte :

G1 : Il faudrait que ce soit... régulier.

C3 : Le lundi. Le mardi, y a gymnastique, 'fin d'équilibre. Et le jeudi, y a gymnastique douce. Y a pas assez.

A3 : Ça dépend des programmes de semaines que l'on a, toutes les charges, que l'on est obligé de se plier.

A3 : Mais, c'est contraignant. C'est contraignant parce que, si on laisse tomber deux-trois jours, on participe à autre chose, eh ben, le genou, on grince. Il me permet pas de récupérer entièrement. [...] Oui. Ça peut faire beaucoup.

D4 : Moi j'ai bien aimé. Y en a souvent hein !

E4 : Je veux savoir si c'est organisé régulièrement.

Cette régularité des séances est corrélée aussi avec l'intensité croissante des exercices :

D4 : Petit à petit un peu plus difficile, naturellement. La première fois qu'elles viennent, c'est facile et puis ça se devient un peu plus difficile. Mais c'est très bien ! [...] C'est une progression lente mais bénéfique. Voilà. Enfin si je peux résumer comme ça !

c- La notion de durée de la séance

Selon les résidents, la durée de la séance prend un aspect positif, avec le temps passé lors des séances, qui s'apparente à un loisir, et donc une optimisation de ce temps. (cf II : La dimension psychique)

Mais pour d'autres, le temps des séances d'APA est négativement qualifié de perte.

H3 : Non, c'est dans la perte de temps, plutôt. Oui, une perte, pour moi.

d- L'activité physique évoquée dans le passé

La plupart des sujets interrogés aiment à comparer leur activité physique actuelle à leur activité physique passée.

Certains décrivent une activité physique liée au travail :

H1 : Non, je travaillais à la campagne, c'était déjà de l'exercice.

A1 : Ben je faisais plus, je ne fais plus. Dans mon métier j'étais active...

B1 : J'étais prof de gym !

G2 : Comme j'étais commerçante, je ne bougeais pas beaucoup de ma boutique. Boulangerie- pâtisserie-café-restaurant. Je piétinais. Quand je pouvais m'échapper, à faire du vélo ou marcher, j'adorais ça.

A3 : Bon, je suis... J'ai fait la guerre. On m'a sorti de la fac à Alger pour m'envoyer jusqu'à (nom imprononçable en allemand). *(rires)* J'ai fait pas mal d'activités dans ma vie. Beaucoup d'activités.

D'autres évoquent une activité physique de loisirs ou de transport :

E1 : Oui moi je marchais avec ma nièce, trois fois par semaine. On partait l'été à sept heures du matin, on revenait une heure, une demi-heure après.

G2 : Je faisais beaucoup de sport avant.

D2 : Je sais que c'est, quand on était jeune, on dansait... Moi j'allais beaucoup danser, des années et des années. Mettons, avant je bougeais, hein. Mais voyez, maintenant je suis chez vous ici. C'est la première fois de ma vie que je fais de la gym. [...] Nan je dansais, pas classique là. La danse, dans les bals, avec les gens de mon âge. Et pis, comme je ne savais pas faire du vélo, ni rien, j'ai toujours marché ! Depuis toute petite, depuis l'école, depuis beaucoup de choses.

E2 : On a toujours été très proches, du côté sport. Vu que je faisais partie d'un corps de ballet. Donc j'avais mon petit cours de danse.

G2 : J'en ai toujours pratiqué, dans la mesure où ... de mon possible, avec mon travail. Maintenant... Mon grand truc c'était de beaucoup courir, de faire du vélo, pédaler. Ça ne vous dira rien, mais j'habitais en Haute-Saône, et un jour, j'ai pédalé, pédalé. Et je vois un monsieur, je lui dis : je suis où ? J'étais en Alsace !

A2 : Euh... J'ai longtemps travaillé à l'étranger, en Suisse. J'ai fait beaucoup de ski de fond. Enormément. [...] Oui. J'ai fait pas mal de sport. Pour ici, ça m'a beaucoup aidé.

B2 : Là où j'étais, y avait vingt ans, au mont Ventoux, je faisais du ski.

G2 : Je grimpais à la corde aussi. Vous savez, grimper à la corde ! [...] Je faisais de la natation, dans le temps.

B3 : Non, moi ça me ... Non. Moi c'est dehors. J'aime le grand air. J'suis de la campagne. Mes premiers pas se sont faits dans les terres et les vignes, alors je crois que ça revient ! J'étais 41 ans enfermée dans un bureau. Mais maintenant, y a longtemps, depuis que je suis à la retraite, que j'ai besoin de marcher. Voilà.

C4 : Oui, oui. J'en fais là. Faire du sport. J'en faisais quand j'étais jeune. Bon, j'ai arrêté, mais je regrette beaucoup ! C'était mieux.

D'autres résidents reconnaissent ne pas avoir été actifs par le passé :

Et, je n'ai pas été très sportive dans ma vie, voilà. Si, peut être avec mon fils, mais bon.

Cependant, peu ont conservé la même activité que dans leur vie active. Pour eux, il y a une évolution naturelle de leur activité physique, liée à l'avancée en âge, que l'on peut ressentir comme un fatalisme lié à une perte de capacité :

B1: Vous savez, tous les concours que j'ai passés. C'est différent. On a un autre cycle de vie, hein. Vous savez, maintenant, j'ai 90 ans passés, alors bon, ça a changé.

Le temps est omniprésent lors des entretiens collectifs, et renvoie à une évocation du passé vécue la plupart du temps avec nostalgie, et se retrouve au présent dans une vision « sportive » de l'activité physique avec l'importance de la régularité et d'un effort progressif au fil des séances (entraînement et entretien).

VI/ L'influence de l'entourage sur l'activité physique

Les sujets accordent une importance particulière à leur entourage, s'intégrant dans une démarche sociale.

a- La famille

La famille influence les sujets, le plus souvent de manière positive.

Elle encourage la réalisation d'activités physique, soit en participant activement avec le sujet, soit en soutenant la participation aux séances d'APA proposées en institution.

D1 : Enfin c'est ma fille qui m'a un peu poussée. Et dans la famille, ils ont dit qu'elle avait bien fait.

G1 : Et puis, conseillée par ma fille de Metz. Je suis venue plus volontiers.

E1 : Oui moi je marchais avec ma nièce, trois fois par semaine. [...] Moi j'ai une nièce qui me booste un peu.

L'entité familiale, au-delà de l'activité physique, fait partie intégrante du bien-être des sujets. En effet, certains la placent au premier plan de la définition du bien-être.

G1 : Le bien-être ? Une famille ...

F1 : De savoir que mes enfants et mes petits-enfants vont bien. Un coup de téléphone, eh ben je suis contente.

E1 : Oh pour moi c'était la vie euh... avec mon fils, même malgré son handicap. Et depuis que je l'ai perdu, le bien-être, je sais plus ce que ça veut dire.

D1 : Pour moi aussi c'est la famille, le bien-être. C'est aussi la famille, puis après ...

C1 : Pour moi, c'est une réunion de famille. J'ai une bonne famille, on s'entend très bien. Je suis bien vue avec eux. J'me plains pas !

La famille s'inscrit également comme un vecteur de lien social :

C3 : Et puis, j'ai beaucoup de téléphone avec une cousine, et ma nièce, et mon neveu.

Cependant, la famille pose ses limites, notamment dans l'autonomie, en empêchant certains actes, comportements qu'ils jugent dangereux.

G2 : Ben quand ma fille m'a vue, je me suis fait secouer les puces.

b- Le médecin traitant

Le médecin traitant semble être un atout important de l'initiation à l'activité physique. Il est un allié de taille, car il est celui en qui le patient place sa confiance. Sa parole est souvent entendue par les sujets comme une vérité générale.

B1 : Il savait alors il nous a dit voilà !

D1 : Venez ici c'est ce qui a de mieux pour vous (*petit rire*).

C1 : C'est pas des choses à ne pas croire !

D1 : Quand c'est un médecin qui le dit on le croit

C1 : C'est notre médecin, on a confiance !

La famille est le socle du bien-être des résidents, dans une dimension sociale, affective psychique et constitue le lien essentiel avec leur vie antérieure.

DISCUSSION :

1) Force de l'étude

L'originalité de cette étude réside à la fois sur le fond et sur la forme. En effet, alors que quelques travaux étudient par une approche quantitative l'activité physique du sujet âgé, peu d'études ne traitent de manière qualitative l'activité physique au sein de cette population. Le choix de la méthode nous permet de répondre à la question de recherche : *comment les personnes âgées pratiquant une activité physique en institution ressentent cette action ?* et d'atteindre l'objectif : *d'analyse du ressenti et des perceptions des personnes âgées vivant en institution vis-à-vis de l'activité physique encadrée qu'ils pratiquent, et de leur lien avec l'autonomie.*

L'utilisation d'entretiens en *focus groups* pour le recueil des données était intéressante par rapport à la continuité temporelle de l'activité physique et a permis l'interaction entre intervenants, ce qui a apporté de la richesse au discours.

De plus, les sujets étaient très centrés sur leur statut de résident, parfois sur leurs problèmes de santé, parfois souhaitaient évoquer leur passé et souvenirs. Il nous a semblé intéressant de laisser la parole se dérouler, cela a permis aux résidents de s'intégrer dans leur histoire.

2) Limites

Nous nous sommes confrontés cependant à certaines difficultés, qui constituent les limites de cette étude. Tout d'abord, la population a été sélectionnée par les personnels des résidences (animateurs ou directeurs d'établissement), selon nos critères d'inclusion et de non-inclusion. Mais cette sélection, sur la base du volontariat, réunit ainsi majoritairement des personnes favorables à la pratique de l'activité physique. Qu'en est-il des résidents n'ayant pas voulu adhérer aux séances d'activité physique ? Nous aurions pu les interroger. Les entretiens se sont déroulés dans une salle commune des établissements, un lieu de vie dans lequel d'autres résidents et le personnel pouvaient passer. Il y a eu certaines interférences, notamment liées aux repas. Au cours de la troisième rencontre, trois résidents sont partis en cours d'entretien, le repas venant d'être servi. Nous avons donc corrigé cette interférence lors du quatrième focus groupe, en intervenant l'après-midi.

3) Discussion des résultats

- Bien-être

De notre étude, l'hypothèse principale émergente est celle d'un bien-être subjectif global procuré par l'activité physique. Cette notion de bien-être se divise en trois catégories qui participent à la définition de la santé selon l'OMS (37): une dimension physique, une dimension psychique et enfin une dimension sociale.

La pratique d'une activité physique est un facteur majeur du bien-être psychologique des personnes âgées, tant sur le plan émotionnel que sur le plan des perceptions de soi et du bien-être global (38). Ce bien-être psychologique se complexifie avec l'avancée en âge et devient multiple, en fonction des déficits fonctionnels et sociaux. **Nous retrouvons dans notre étude la description par les résidents d'une dimension psychique à travers l'activité physique dans la recherche d'une bonne santé mentale, du plaisir et du bonheur**

Des outils de mesure ont été élaborés pour évaluer le bien-être psychologique, comme le BES (Bien Être Subjectif), qui contient les composantes cognitives et émotionnelles, ou encore les questionnaires de qualité de vie, abordés page 56. Mais ils ne sont pas suffisants dans l'évaluation du bien-être des personnes âgées, et les notions de sentiment d'efficacité et d'estime de soi devraient y être ajoutées (39).

La notion de bien-être se rapproche de la définition philosophique du bonheur¹. **Dans notre étude, la famille semble être le socle du bien-être des résidents, dans une dimension sociale, affective et psychique et constitue leur bonheur.**

De plus, les sujets soulignent les bienfaits physiques ressentis notamment sur la marche et l'équilibre, ce qui a été démontré objectivement dans plusieurs études (41).

- Impact sur la fragilité et risque de chutes

Dans notre étude, la plupart des sujets ont une réelle appréhension vis-à-vis des chutes, mais cela n'impacte pas leur participation aux activités physiques proposées. Tandis que certaines personnes soulignent le rôle bénéfique de l'APA dans le risque de chutes

¹ « Le pouvoir, la richesse, la considération, même la santé ainsi que le bien-être complet et le contentement de son état, est ce qu'on nomme le bonheur », in *Fondements de la Métaphysique des Mœurs*, Kant (40)

(meilleure assurance pour la marche, amélioration de l'équilibre), d'autres ne ressentent aucune amélioration.

L'activité physique est reconnue dans certaines études pour son impact sur le risque de chutes. Une revue récente de littérature menée par Thomas et al met en évidence qu'une activité physique avec exercices variés diminue significativement le risque de chutes (42). En France, l'étude OSSEBO concernant les femmes de 65 à 85 ans institutionnalisées, montre qu'un programme d'activité physique tenu sur deux ans diminue significativement le risque de chutes préjudiciables, et améliore les capacités d'équilibre et de qualité de vie (43).

De nombreuses autres études montrent une diminution du risque de chutes notamment chez Means et al, liée à une amélioration significative de l'équilibre dynamique (44), ce que corrobore une revue de la littérature menée par Orr en 2010, spécifiant une amélioration significative de l'équilibre après entraînement contre résistance (45). Pour mesurer objectivement les capacités d'équilibration, les tests les plus couramment utilisés sont le Time up and go (TUG), Tinetti, l'appui monopodal, l'échelle d'équilibre de Berg (BBS).

Ici, la participation aux activités physiques proposées semble améliorer de manière subjective la marche (et donc la vitesse), la force musculaire, et l'activité physique, critères faisant partie du syndrome de fragilité de Fried. **La dimension physique permet de réaliser des progrès dans différents domaines (marche, équilibre, assouplissement), notamment grâce à une action antalgique et une pratique confortable; ce qui apporte un gain d'autonomie et une meilleure perception de soi.**

Un travail de thèse de 2018 montre une amélioration significative de l'état de santé perçu après un programme d'APA aux composantes multiples (46).

Concernant l'impact sur le syndrome de fragilité, les études semblent encore controversées ou limitées, cependant, une revue récente de littérature menée par Bauman soulève l'importance de promouvoir l'AP chez les personnes âgées fragiles (18).

L'étude SPRINTT, une étude interventionnelle multicentrique en cours pourrait déterminer de façon plus précise le rôle de l'activité physique dans la prévention et la prise en charge du syndrome de fragilité (47).

- L'autonomie

Dans notre étude, certains sujets évoquent l'autonomie par le libre-arbitre, une notion qui se rapproche de la définition propre de l'autonomie.

En effet, l'autonomie, du grec *autos* = soi-même et *nomos* = les lois, les règles, est la capacité à se gouverner soi-même et « présume la capacité de jugement, c'est-à-dire prévoir et choisir, liberté d'agir, d'accepter ou refuser en fonction du jugement » (48).

Elle n'est pas opposée à la dépendance, mais en réalité, ces deux termes se complètent. Tandis que l'autonomie est intimement liée au libre-arbitre de la personne, la dépendance se définit par le besoin d'aide (49). Cependant, Paul Ricœur² souligne dans *Le Juste 2* (50), le paradoxe entre la vulnérabilité et l'autonomie (herméneutique du soi), une dualité-complémentarité, conception selon laquelle l'incapacité serait la condition de l'autonomie (51).

En médecine, l'autonomie est souvent associée à la dépendance, et objectivée par les scores IADL et grilles AGGIR qui permettent de classer les individus en GIR (52).

Ainsi, l'autonomie relève à la fois de la capacité et de la liberté, ce qui a été bien cerné par nos sujets. **Certains sujets proposent ainsi une définition de l'autonomie scindée en plusieurs parties (la capacité physique et le libre-arbitre), dont le maintien de la forme via une activité physique ferait partie, tant sur le plan physique, qu'intellectuel et social.**

- La qualité de vie

La plupart des sujets évoquent un bien-être physique et moral découlant de l'activité physique, qui est intimement lié à une amélioration de la qualité de vie. Il s'agit ici d'une amélioration subjective et non quantifiable.

La qualité de vie est une notion apparue dans les années 1960, initialement aux Etats-Unis, dans les travaux d'Abraham Maslow (53). Elle est importante, car elle fait suite à l'allongement de l'espérance de vie, et au questionnement de ses conditions, de la qualité de cette avancée en âge de la population. L'OMS propose en 1993, la définition suivante : « perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et dans le système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (54).

² « Parce que la capacité humaine est toujours doublée (au sens de doublure) d'une incapacité contre laquelle elle trouve à se déployer, l'autonomie apparaît comme la tâche engendrée par l'épreuve de la vulnérabilité. » in *Le Juste 2*, Paul Ricœur

La dimension subjective de la qualité de vie est donc très importante. Cependant, pour pouvoir la mesurer, de nombreux questionnaires ont été élaborés, dont les plus pertinents et les plus utilisés sont le SF-36, un auto-questionnaire évaluant la qualité de vie globale (santé physique et mentale) (55–57), l'EQ-5D, et la WHOQOL- Old et Bref (54,58).

Dans la littérature, les résultats sont controversés. On retrouve une amélioration significative de la qualité de vie, après intégration dans des programmes d'activité physique adaptée (APA), dans trois études espagnoles prenant en compte les sujets âgés fragiles (59–61), quantifiées par l'indice de Barthel, tandis que d'autres ne montrent pas de différence significative, comme le souligne une revue de la littérature (62).

- Le rapport au corps, l'estime de soi, le regard sur soi et les autres

L'image du corps âgé qui a subi des transformations peut sembler, de prime abord, contraire à la représentation idéale de la beauté et de la performance. Les perceptions de soi sont plus faibles chez les personnes avançant en âge que chez les sujets plus jeunes (4). Dans l'activité physique pratiquée en institution, malgré le terme *physique* qui renvoie à l'image du corps biologique, les trois dimensions du corps selon Dagonnet (63) y sont abordées : le corps en soi (biologique), le corps pour soi (senti, perçu) et le corps pour autrui (regard des autres). Une étude qualitative cherchant à comprendre les stratégies de préservation de l'image de soi par des personnes âgées en institution, dites « vulnérables » montre que certains se réfugient dans le passé, en comparant leur activité physique passée avec l'actuelle qui leur paraît infantilisante (64), ce que nous retrouvons dans notre étude. Cette pensée peut mener à une perte de confiance et une dévalorisation de soi, ce qui conduit à une vulnérabilité sociale et relationnelle. Dans cette même étude, on retrouve des sujets pour qui la performance montre une image de soi valorisante et narcissique, une culture du corps. Dans notre travail, un sujet semble le décrire positivement, tandis que pour une autre, cette image du corps narcissiste est péjorative et s'apparente à être imbu de sa personne.

Ici, le corps est très peu représenté et très peu discuté. Une résidente rapporte néanmoins une meilleure estime de soi avec la pratique de l'activité physique, et semble rechercher une meilleure image de son corps, un effet sur son apparence, son allure (malgré le ton de légèreté employé). Ces stratégies sont mises en place pour résister à la vulnérabilité de son image. Cette valorisation, en diminuant le sentiment de vulnérabilité et grâce au plaisir procuré, participe à l'élaboration d'une autonomie, comme le décrit Ricœur en associant l'éthique à l'estime de soi (65).

Concernant l'objectif de performance pourtant peu abordé ici, on le retrouve de manière plutôt bienveillante, avec des sujets qui se mesurent aux autres dans l'objectif de ne pas faire « moins bien ». Dans sa thèse, Riou montre que l'estime globale de soi, la valeur physique perçue, l'apparence perçue et la compétence sportive augmentent significativement grâce au suivi d'un programme d'APA chez les personnes âgées (4).

- Le rôle des proches et du médecin généraliste

Dans notre étude, la plupart des sujets reconnaissent qu'ils ont besoin d'une motivation extrinsèque pour initier la pratique d'une activité physique. Cette motivation semble plus facile à acquérir en institution, car elle est réalisée le plus souvent par le personnel d'établissement. Le rôle du médecin généraliste apparaît cependant primordial dans l'initiation de la pratique d'une activité physique, tant chez les sujets institutionnalisés, que chez les patients à domicile, pour lesquels il se trouve en première ligne. En effet, la relation médecin-patient se base avant tout sur la communication. Bien que le modèle paternaliste ne soit plus, fort heureusement, d'actualité, le médecin reste aux yeux de la société, une personne respectable et estimable. Une thèse réalisée en 2015 en Loire-Atlantique met en avant le fait que le médecin soit non seulement le premier maillon de la chaîne d'information, mais également celui en qui les patients ont le plus confiance (66). Il est donc important que le médecin généraliste puisse aider son patient à s'initier à une activité physique, dans une relation privilégiant le patient, acteur de ses soins (67). De plus, l'importance d'une intervention psychosociale permettrait de modifier favorablement l'influence des stéréotypes liés au vieillissement dans la pratique d'une activité physique chez les personnes âgées (68).

Nous avons pu observer que la régularité de la présence des sujets en activité physique dépend d'une bonne motivation à l'initiation. Une fois celle-ci enclenchée, la participation semble naturelle et la motivation, ainsi autonome et déterminée (69), devient intrinsèque, se retrouvant **dans une vision « sportive » de l'activité physique avec l'importance de la régularité et de l'entretien de l'effort.**

Ce travail nous permet de mettre en avant certaines perspectives d'évolution. Tout d'abord, sur le plan pratique, nous pourrions améliorer les conditions d'initiation et de déroulement des séances d'activité physique, notamment en proposant différents groupes de niveau, en fonction des participants. Nous aurions pu également nous interroger sur les

raisons pour lesquels certains résidents refusent de participer aux activités physiques proposées par les établissements.

Sur le plan de la recherche, nous pourrions élargir ce travail à d'autres populations : les personnes âgées vivant à domicile, en association, qui consultent en maisons de santé pluridisciplinaire (MSP)... Ces nouveaux modes d'exercices médicaux sont de plus en plus répandus, et actuellement dans le Gard, certaines MSP travaillent sur le dépistage et la prévention primaire de la fragilité en partenariat avec le CHU. L'activité physique en groupe pourrait être utilisée dans cette voie.

CONCLUSION :

Les résultats de notre étude qualitative, bien que non généralisables, induisent que l'on peut penser que grâce à la pratique d'une activité physique encadrée chez les personnes âgées en institution émerge une sensation de bien-être global.

Cette notion de bien-être est intimement liée aux notions d'autonomie, qualité de vie, fragilité, avancée en âge et perception de soi (qui inclut l'estime de soi). Ces notions sont intriquées entre elles et peuvent varier selon l'activité physique chez le sujet âgé. Elles comportent chacune, à des degrés différents, les composantes physiques, psychiques et sociales.

Quelques notions n'ont pas ou peu été abordées lors des entretiens. Notamment la représentation du corps par le sujet et l'objectif de performance fixé.

L'activité physique est une des thérapeutiques non médicamenteuses les plus utilisées et mises en avant ces dernières années. Le cadre légal encadrant la prescription de l'activité physique permet de plus en plus l'appropriation de cette thérapeutique par les médecins.

Le médecin généraliste se place ainsi au cœur de cette dynamique multidisciplinaire, car son rôle est d'initier et d'encourager cette pratique, vecteur d'une motivation extrinsèque.

BIBLIOGRAPHIE :

1. OMS | Activité physique [Internet]. WHO. [cité 11 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/>
2. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 9 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
3. Activité physique: Contexte et effets sur la santé. INSERM 2008;
4. Riou F. Relations entre les perceptions de soi, la motivation d'accomplissement et la pratique d'activité physique des personnes âgées. [Thèse de doctorat]. [1970-2014, France]: Université de Montpellier I; 2014.
5. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. [Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. déc 2011;9(4):387-90.
6. Béland F, Michel H. Explorer la fragilité : d'un syndrome gériatrique à une notion polymorphe ? In: *La fragilité des personnes âgées*. Rennes: Presses de l'EHESP; 2013. p. 7-30. (Hors collection).
7. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. mars 2001;56(3):M146-156.
8. Lang P-O, Dramé M, Mahmoudi R, Jolly D, Lanièce I, Saint-Jean O, et al. [Frailty: learnings from the SAFEs cohort study and future perspectives for the research]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. juin 2011;9(2):135-49.
9. Ferrucci L, Cavazzini C, Corsi A, Bartali B, Russo CR, Lauretani F, et al. Biomarkers of frailty in older persons. *J Endocrinol Invest*. 2002;25(10 Suppl):10-5.
10. Fulop T, Larbi A, Witkowski JM, McElhaney J, Loeb M, Mitnitski A, et al. Aging, frailty and age-related diseases. *Biogerontology*. oct 2010;11(5):547-63.
11. Fedarko NS. The Biology of Aging and Frailty. *Clin Geriatr Med*. févr 2011;27(1):27-37.
12. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm--issues and controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. juill 2007;62(7):731-7.
13. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. *J Am Geriatr Soc*. mai 2007;55(5):780-91.
14. Bazex J, Pène P, Rivière D. Les activités physiques et sportives--la santé--la société. *Bull Académie Natl Médecine*. oct 2012;196(7):1429-42.
15. Crawford-Achour E, Garet M, Castro-Lionard K, Trombert-Paviot B, Lacour J-R, Thomas-Antérion C, et al. P3-35 L'activité physique mesurée à l'âge de 65 ans, un

- facteur prédictif du bien vieillir 7 ans plus tard. Etude PROOF. Rev Neurol (Paris). 1 oct 2009;165(10, Supplement 1):84.
16. Bouaziz W, Vogel T, Schmitt E, Kaltenbach G, Geny B, Lang PO. Bénéfices de l'activité physique en endurance chez les seniors âgés de 70 ans ou plus : une revue systématique. Presse Médicale. 28 sept 2017;46(9):794-807.
 17. Rockwood K, Howlett SE, MacKnight C, Beattie BL, Bergman H, Hébert R, et al. Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: report from the Canadian study of health and aging. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. déc 2004;59(12):1310-7.
 18. Bauman A, Merom D, Bull FC, Buchner DM, Fiatarone Singh MA. Updating the Evidence for Physical Activity: Summative Reviews of the Epidemiological Evidence, Prevalence, and Interventions to Promote « Active Aging ». The Gerontologist. avr 2016;56 Suppl 2:S268-280.
 19. Laszlo A. Sarcopénie du sujet âgé : connaissances et bénéfices de l'exercice physique. Rev Médicale Suisse. 9 nov 2016;12(538):1898-900.
 20. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. INSERM 2015;
 21. Ferrer MD, Capó X, Martorell M, Busquets-Cortés C, Bouzas C, Carreres S, et al. Regular Practice of Moderate Physical Activity by Older Adults Ameliorates Their Anti-Inflammatory Status. Nutrients. 16 nov 2018;10(11).
 22. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2010.
 23. 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. 2016-1990 déc 30, 2016.
 24. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. Haute Autorité de Santé; 2018 sept.
 25. Vuillemin A, Escalon H, Bossard C. Baromètre santé nutrition 2008: activité physique et sédentarité. INPES; 2009 p. 239-69.
 26. Larras B, Praznoczy C. Etat des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France - Edition 2018 - Personnes avançant en âge. Clermont- Ferrand: Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité; 2018 mai p. 100.
 27. Etude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 3 (INCA 3). ANSES; 2017 juin. Report No.: Saisine 2014-SA-0234.
 28. Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017.

29. Seematter-Bagnoud L, Lenoble-Hoskovec C, Santos-Eggimann B, Büla C. Promotion de l'activité physique chez les aînés: enjeux et stratégies spécifiques. *Rev Médicale Suisse*. 11 juill 2012;8(348):1453-7.
30. Paillard T. Risques spécifiques de la pratique physique chez les personnes âgées. *Rev Médicale Liège*. janv 2015;70(1):22-6.
31. Colonna X. Entretien avec Xavier Colonna. 2019.
32. Schut P-O, Pierre J. Siel bleu : un modèle de développement pour la France et l'Europe ? *Gerontol Soc*. 3 juill 2018;40 / n° 156(2):67-80.
33. Décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine. 2016-1537 nov 16, 2016.
34. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 2016.
35. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. *Les recherches qualitatives en santé*. 2016.
36. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. 2013;(105):4-11.
37. Documents Fondamentaux - Organisation Mondiale de la Santé: constitution de l'OMS. Vol. Annexe 1. World Health Organization; 1948.
38. Netz Y, Wu M-J, Becker BJ, Tenenbaum G. Physical Activity and Psychological Well-Being in Advanced Age: A Meta-Analysis of Intervention Studies. *Psychol Aging*. 2005;20(2):272-84.
39. Bigot L. Impact d'un programme d'activités physiques adaptées sur la qualité de vie et les caractéristiques physiologiques de personnes âgées: utilisation d'un système de visioconférence collective [Thèse de doctorat]. [France]: Normandie Université; 2017.
40. Kant I, Delbos V. *Fondements de la métaphysique des moeurs*. Paris: Librairie Générale Française; 1993. 252 p. (Le livre de poche Classiques de la philosophie).
41. Orliac B, Mourey F. Étude comparative de trois méthodes d'activités physiques adaptées chez des personnes âgées. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 mars 2014;12(1):34-42.
42. Thomas E, Battaglia G, Patti A, Brusa J, Leonardi V, Palma A, et al. Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly: A systematic review. *Medicine (Baltimore)*. juill 2019;98(27):e16218.
43. El-Khoury F, Cassou B, Latouche A, Aegerter P, Charles M-A, Dargent-Molina P. Effectiveness of two year balance training programme on prevention of fall induced injuries in at risk women aged 75-85 living in community: Ossébo randomised controlled trial. *BMJ*. 22 juill 2015;351:h3830.
44. Means KM, Rodell DE, O'Sullivan PS. Balance, mobility, and falls among community-dwelling elderly persons: effects of a rehabilitation exercise program. *Am J Phys Med Rehabil*. avr 2005;84(4):238-50.

45. Orr R. Contribution of muscle weakness to postural instability in the elderly. A systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med.* juin 2010;46(2):183-220.
46. Peixoto A. Fragilité de la personne âgée et médecine générale: le rôle de l'activité physique et sportive [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2018.
47. Marzetti E, Cesari M, Calvani R, Msihid J, Tosato M, Rodriguez-Mañas L, et al. The « Sarcopenia and Physical fRaily IN older people: multi-component Treatment strategies » (SPRINTT) randomized controlled trial: Case finding, screening and characteristics of eligible participants. *Exp Gerontol.* 2018;113:48-57.
48. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Autonomie et dépendance du sujet âgé. In: *Vieillessement (2ème collection)*. Paris: Masson; 2010. p. 199-215.
49. Feillet R. L'activité corporelle en EHPAD : de l'occupation au maintien de l'autonomie. *Gerontol Soc.* 3 juill 2018;40 / n° 156(2):81-91.
50. Ricœur P. *Le juste 2*. Paris: Editions Esprit: Diffusion Le Seuil; 2001. 297 p. (Philosophie).
51. Le Blanc G. *L'invisibilité sociale*. 1. ed. Paris: Presses universitaires de France; 2009. 197 p. (Pratiques théoriques).
52. Benaim C, Froger J, Compan B, Pélissier J. Évaluation de l'autonomie de la personne âgée. *Ann Réadapt Médecine Phys.* 1 juill 2005;48(6):336-40.
53. Maslow AH. *Toward a psychology of being*. 1962.
54. Vahedi S. World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of Their Item Response Theory Properties Based on the Graded Responses Model. *Iran J Psychiatry.* 2010;5(4):140-53.
55. Leplège A. *Le questionnaire MOS SF-36: manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*. Paris: Editions ESTEM; 2001.
56. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* juin 1992;30(6):473-83.
57. Brovold T, Skelton DA, Bergland A. Older Adults Recently Discharged from the Hospital: Effect of Aerobic Interval Exercise on Health-Related Quality of Life, Physical Fitness, and Physical Activity. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(9):1580-5.
58. Leplège A, Perret-Guillaume C, Ecosse E, Hervy M-P, Ankri J, Steinbüchel N von. Un nouvel instrument destiné à mesurer la qualité de vie des personnes âgées: le WHOQOL-OLD version française. [Wwwem-Premiumcomdatarevues02488663v34i2S0248866312006236](http://wwwem-premiumcomdatarevues02488663v34i2S0248866312006236). 26 janv 2013;
59. Tarazona-Santabalbina FJ, Gómez-Cabrera MC, Pérez-Ros P, Martínez-Arnau FM, Cabo H, Tsaparas K, et al. A Multicomponent Exercise Intervention that Reverses Frailty and Improves Cognition, Emotion, and Social Networking in the Community-Dwelling Frail Elderly: A Randomized Clinical Trial. *J Am Med Dir Assoc.* 01 2016;17(5):426-33.

60. Cadore EL, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, Idoate F, Millor N, Gómez M, et al. Multicomponent exercises including muscle power training enhance muscle mass, power output, and functional outcomes in institutionalized frail nonagenarians. *Age. avr 2014;36(2):773-85.*
61. Giné-Garriga M, Guerra M, Pagès E, Manini TM, Jiménez R, Unnithan VB. The effect of functional circuit training on physical frailty in frail older adults: a randomized controlled trial. *J Aging Phys Act. oct 2010;18(4):401-24.*
62. Bonne A. Réentraînement à l'effort chez le sujet âgé fragile [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2019.
63. Dagognet F. Le corps multiple et un. 1e éd. Le Plessis-Robinson: Laboratoires Delagrangé; 1992. 216 p. (Collection Les Empêcheurs de penser en rond).
64. Feillet R, Héas S, Bodin D. Corps et identité au grand âge: L'exercice corporel ou son abandon comme analyseur de la lutte contre la vulnérabilité. *Nouv Prat Soc. 2011;24(1):21.*
65. Ricœur P. Soi-même comme un autre. Paris: Seuil; 1990. 424 p. (L'Ordre philosophique).
66. Léry A. Quelle perception les patients ont-ils de l'information transmise par leur médecin généraliste?: analyse des déterminants potentiels pouvant intervenir dans ce cadre de la relation médecin-patient [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2015.
67. Patients et professionnels de santé: décider ensemble. Haute Autorité de Santé; 2013 oct.
68. Emile M. Les stéréotypes liés au vieillissement: antécédents, conséquences et modérateurs dans le domaine de l'activité physique [Thèse de doctorat]. [France]: Université de Nice; 2014.
69. Maillot P, Becquard C, Perrot A. Motivation des personnes âgées à pratiquer une activité physique. *Gerontol Soc. 3 juill 2018;40 / n° 156(2):127-42.*

ANNEXE 1 : Photos d'une séance de Posture-Equilibration-Motricité



Tapis de parcours de marche DM3®



Exercice : ramassage de balles sur plots



Exercice : ramassage de balles au sol



Echauffement sur vélos d'intérieur



Station unipodale



Marche en dévers

Grille pour entretien semi directif

1) Présentez-vous (exploration du champ relationnel)

- *Nom, prénom, sexe*
- *Âge*
- *Statut sportif avant d'intégrer le programme : « jamais fait de sport » « grand sportif ayant arrêté le sport » « sportif ayant toujours eu une activité physique »*

**2) Comment avez-vous eu l'initiative de pratiquer une activité physique ?
Comment avez-vous connu l'association ?**

- *par vos propres recherches*
- *poussé par un proche*
- *par votre médecin traitant/personnel soignant de la structure ?*

3) Que vous a apporté cette adhésion à un programme d'activité physique ?

- *quels bénéfices en tirez-vous ?*
- *quelles contraintes ? ou aspects négatifs ?*
- *quel(s) impact(s) sur votre autonomie avez-vous constaté ?*
- *qu'en attendiez-vous et est-ce que cela a répondu à vos attentes ?*

4) Que représente pour vous l'activité physique ?

5) Qu'est-ce que l'autonomie pour vous ?

- *quelle est votre définition de l'autonomie ?*
- *comment l'activité physique influe sur votre autonomie ?*
- *Avez-vous un exemple ?*

6) Avez vous ressenti un bien-être ?

Grille pour entretien semi directif

1) Présentez-vous (exploration du champ relationnel)

- *Nom, prénom, sexe*
- *Âge*
- *Comment avez-vous eu l'initiative de pratiquer une activité physique ?*

2) Que représente l'activité physique pour vous ?

3) Que vous a apporté cette adhésion à un programme d'activité physique / que ressentez-vous autour de cette pratique ?

- *quels bénéfices en tirez-vous ? Un bien-être ?*
- *quelles contraintes ? ou aspects négatifs ?*
- *qu'en attendiez-vous et est-ce que cela a répondu à vos attentes ? Influence sur votre qualité de vie ? Sommeil ?*
- *Aviez-vous un objectif précis, un but avec ces pratiques ?*

4) Qu'est-ce que l'autonomie pour vous ?

- *comment la définir ?*
- *en quoi vous considérez-vous autonome ?*
- *avez-vous un exemple ?*

5) Comment pensez-vous que l'activité physique pratiquée ait une influence sur votre autonomie ?

- *Vous sentez-vous plus autonome ?*
- *Si oui de quelle manière ?*
- *Quelle est l'influence sur votre estime de « vous » ?*

6) Avez-vous quelque chose à ajouter ? (ouverture)

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

INTRODUCTION : Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 20,1% de la population en France en 2019. L'OMS recommande une activité physique chez cette population selon des modalités définies. Sa prescription implique en premier lieu le médecin généraliste. L'objectif de ce travail est d'analyser le ressenti et les perceptions des personnes âgées vivant en institution vis à vis de l'activité physique.

MATERIEL ET METHODES : Etude qualitative en *focus groups* dans des EHPAD ou résidences de « petite unité de vie » du Gard. Séances menées par deux chercheurs au moyen d'un guide d'entretien avec questions ouvertes préalablement rédigées et remaniées au fur et à mesure des séances, enregistrées à l'aide d'un dictaphone, d'une caméra et d'un carnet de notes pour une retranscription fidèle sous forme de verbatim. Analyse effectuée par théorisation ancrée grâce à un double codage avec utilisation de catégories conceptualisantes.

RESULTATS : Etude réalisée sur 29 personnes, au cours de quatre entretiens collectifs en groupe de 5 à 9 personnes dans trois établissements du département du Gard. L'activité physique est favorablement accueillie, d'une manière positive et enthousiaste. Cette activité entraîne une sensation de bien-être physique avec la réalisation de progrès dans différents domaines, et grâce à son action antalgique ; mais également de bien-être psychique, avec la recherche d'une bonne santé mentale. Elle permet le renforcement du lien social chez des sujets habituellement en situation d'isolement du fait de l'avancée en âge et de l'institutionnalisation. Ce bien-être ressenti est en lien avec l'autonomie et sa perception. L'activité physique permet, par l'évocation du passé, d'inscrire le résident dans son histoire. La famille est le socle du bien-être des résidents, dans une dimension sociale, affective psychique et constitue leur bonheur.

DISCUSSION : Ce bien-être lié à l'activité physique se traduit dans notre étude et dans la littérature par un bien-être psychologique subjectif, un impact positif sur la fragilité et le risque de chute. Il permet le renforcement de l'autonomie des personnes âgées, l'amélioration de leur qualité de vie et une meilleure perception de soi.

CONCLUSION : Selon les résultats, on peut penser que l'activité physique des sujets âgés de plus de 65 ans résidant en institution engendre un sentiment de bien-être global. Ce travail permet la mise en avant de perspectives, notamment sur le plan de la recherche et pourrait être élargi aux personnes âgées fragiles vivant à domicile.

Mots-clés : activité physique – institution – personnes âgées – avancée en âge – autonomie – bien-être – étude qualitative