



HAL
open science

Analyse des obstacles psychologiques et cognitifs à la mise en route puis au maintien d'une activité physique chez le patient diabétique de type 2

David Ménard

► **To cite this version:**

David Ménard. Analyse des obstacles psychologiques et cognitifs à la mise en route puis au maintien d'une activité physique chez le patient diabétique de type 2. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-03408074

HAL Id: dumas-03408074

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03408074>

Submitted on 8 Dec 2021

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 - NoDerivatives 4.0 International License

**SOUTENANCE A CRETEIL
UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL**

ANNEE 2019-2020

N°

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : Médecine Générale**

**Présentée et soutenue publiquement le :
A : CRETEIL (PARIS EST CRETEIL)**

Par Ménard David

Né le à

**TITRE : Analyse des obstacles psychologiques et cognitifs à la mise en route
puis au maintien d'une activité physique chez le patient diabétique de type 2**

DIRECTEUR DE THESE :

**Dr. NGUYEN TAT Nicolas
Signature du directeur de thèse**

**LE CONSERVATEUR DE LA
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE :**

**Cachet de la bibliothèque
universitaire**

**SOUTENANCE A CRETEIL
UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL**

ANNEE 2019-2020

N°

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : Médecine Générale**

**Présentée et soutenue publiquement le :
A : CRETEIL (PARIS EST CRETEIL)**

Par Ménard David

Né le à

**TITRE : Analyse des obstacles psychologiques et cognitifs à la mise en route
puis au maintien d'une activité physique chez le patient diabétique de type 2**

DIRECTEUR DE THESE :

**Dr. NGUYEN TAT Nicolas
Signature du directeur de thèse**

**LE CONSERVATEUR DE LA
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE :**

**Cachet de la bibliothèque
universitaire**

REMERCIEMENTS

Au Dr. Nguyen Tat Nicolas, qui m'a ouvert les yeux sur la vaste étendue de la médecine générale, à sa patience et à son bon sens légendaire, à son aide qui a permis la réalisation de cette thèse.

Au travaux du Pr. Fenouillet qui ont permis de développer cette thèse.

Aux enseignants de la faculté de Créteil, qui m'ont tous apporté à leur manière.

A mes parents, leur soutien et leur aide dans mon quotidien, merci je vous aime.

A mes frères de cœur, Yohann et Tom.

A mon compagnon de route, Dr. Mirat William qui m'a soutenu pour ce travail et m'a gentiment corrigé.

A ma famille et mes amis

Enfin à toi, mon amour, Sophie, qui ne fait qu'embellir ma vie, tu es l'avenir de mon espérance, tu es plus que mon bonheur, tu es ma vie.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	3
ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION	6
I. Données épidémiologiques – le diabète un enjeu de santé publique :	6
II. Les bénéfices de l'activité physique :	6
III. Définition de l'équivalent métabolique (MET), l'AP, sédentarité, et recommandations OMS :	7
IV. Justification de l'étude :	9
V. Hypothèse et objectifs de l'étude.....	10
MÉTHODE DE L'ÉTUDE :	11
I. Schéma d'étude :	11
II. Population d'étude et échantillonnage :	11
III. Recueil des données :	12
IV. Analyse des données :	12
RESULTATS	14
I. Descriptif des patients interviewés.....	14
II. Analyse Thématique :	14
II.I. Thème 1 : l'expérience sociale :	15
II.II. Thème 2 : Sentiment de vulnérabilité et d'impuissance.....	19
II.3. thème 3 : L'AP adaptée pour une expérience de vie positive.....	24
II.4. Thème 4 : La gestion de la maladie du diabète, facteur cognitif influençant l'AP	29
DISCUSSION	35
I. Principaux résultats :	35
II. Forces et limites de l'étude	36
II.1. Validité, transférabilité et fiabilité	36
II.2. Points forts :	37
II.3. Points faibles :	37
III. Comparaison avec la littérature :	38
III.1. l'expérience sociale, l'APA et l'expérience positive de vie.....	38
III.2. Sentiment de vulnérabilité et d'impuissance.....	41
III.3. Défaut cognitif et renoncement à l'AP	42
IV. Implication pour la pratique et perspectives d'amélioration	45
IV.1. Le rôle du médecin traitant prescripteur d'APA.....	45
IV.2. Le rôle du coach médico-spécialisé	46
IV.3. Collaboration du médecin traitant et des structures d'AP médico-spécialisées	47
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXES	55
Annexe n°1 : Guide d'entretien	55
Annexe n°2 : Tableau récapitulatif des obstacles socio-culturel à l'activité physique	59

Annexe n°3 : Tableau récapitulatif des thèmes et des sous thèmes.	60
Annexes n°4 : modèle intégratif de la motivation (Fenouillet)	61
Annexe n°5 : Schéma en 2 parties de l'approche conceptualisante de la motivation d'un patient DT2 pour la pratique de l'AP.....	62
Annexe n°6 : Formulaire d'adhésion au réseau Revesdiab.	64

ABREVIATIONS

AP : Activité Physique

APA : Activité Physique Adaptée

DT2 : Diabétique de Type 2

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IDF : International Diabetes Federation

ALD : Affection Longue Durée

FDRCV : Facteur de Risque CardioVasculaire

HTA : Hypertension Artérielle

MET : Metabolic Equivalent Task

ADO : Anti Diabétique Oraux

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

HbA1C : Hémoglobine glyquée

HAD : Hospitalisation A Domicile

ECG : Electrocardiogramme

EE : Epreuve d'effort

TSA : tronc supra aortique

MI : Membre inférieur

ETP : Education thérapeutique des patients

GCS R2D : Groupement de Coopération Sanitaire Réseau Régional Diabète

INTRODUCTION

I. Données épidémiologiques – le diabète un enjeu de santé publique :

Il apparaît essentiel en prévention primaire et secondaire, de pratiquer une activité physique (22).

En France, la proportion de personnes en situation de sédentarité (plus de quatre heures assises ou allongé hors temps de sommeil) s'élève à 40%, alors que l'on sait que la sédentarité est un facteur de comorbidité et de mortalité, qui est responsable de 5 millions de décès dans le monde chaque année (26).

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et l'IDF (international diabetes federation) prévoient 550 (vs 422 en 2014) millions de personnes atteintes du diabète en 2025 et 620 millions en 2040 soit 1 personne sur 10 (7).

L'évolution du nombre de personnes prises en charge pour diabète est en constante évolution (+6,2% par an en moyenne entre 2006 et 2015, +4,5% entre 2014 et 2015) (27).

En France, le diabète est un problème de santé publique majeur, c'est 5 millions de personnes touchées soit 8% de notre population représentant une dépense de 16,7 milliards d'euros en France d'après les chiffres de 2016 (7).

En 2015, 10,1 millions de personnes bénéficient du dispositif des affections longues durées (ALD), soit 17% de la population du régime général de l'Assurance Maladie (27).

Cela représenterait aujourd'hui entre 80 et 90 milliards d'euros, soit près de 60 % des dépenses de l'assurance-maladie.

II. Les bénéfices de l'activité physique :

D'une manière générale l'Activité Physique (AP) ralentit le développement de l'ostéoporose, l'arthrose, l'hypotonie musculaire, et diminue l'inflammation cellulaire (20, 24).

L'AP diminue aussi les facteurs de risque cardio-vasculaire (FDRCV) tels que l'hypertension artérielle (HTA), l'athérosclérose, et favorise le maintien d'un bon débit cardiaque et une bonne vascularisation périphérique tissulaire (2, 24).

Plus spécifiquement au sujet de l'étude, l'AP permet une perte pondérale, une diminution de la glycémie, et un ralentissement du phénomène de résistance à l'insuline (2, 8, 21, 24).

D'après une étude chinoise d'août 2019, l'AP aurait l'effet de diminuer la résistance à l'insuline et diminuer les marqueurs de l'inflammation par un nouveau modèle.

L'expression d'une protéine « microRNA-382-3p » serait favorisée par l'exercice.

Elle aurait un rôle indirect sur l'augmentation de l'expression de la resistin. Le rôle de la resistin étant de diminuer la résistance à l'insuline (21).

Depuis le 30 décembre 2016, un décret (n° 2016-1990) relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD, a été voté et a été actualisé le 1^{er} mars 2017 (11).

Ce décret vise à faciliter le recours au sport chez les personnes atteintes d'une ALD et à long terme diminuer la survenue de complication liée à ces maladies.

D'après les estimations de l'Association nationale des élus chargés du sport, la généralisation de la pratique d'activités physiques pour les 10 millions de personnes souffrant d'ALD pourrait générer, pour la Sécurité sociale, une économie de 10 milliards d'euros (3).

III. Définition de l'équivalent métabolique (MET), l'AP, sédentarité, et recommandations OMS :

MET ou Equivalent métabolique :

Unité indexant la dépense énergétique lors de la tâche considérée sur la dépense énergétique de repos.

Le MET est le niveau de dépense énergétique au repos. Selon l'usage, il s'agit d'une prise d'oxygène de 3,5 ml par kilo de poids corporel par minute. (24)

- activités sédentaires < 1,6 MET ;
- 1,6 MET ≤ activités de faible intensité < 3 METs ;
- 3 METs ≤ activités d'intensité modérée < 6 METs ;
- 6 METs ≤ activités d'intensité élevée < 9 METs ;
- activités d'intensité très élevée ≥ 9 METs (25).

L'activité physique (>1,6METs) comprend les activités physiques de la vie quotidienne avec les déplacements actifs (marche, escaliers, vélo), les activités domestiques (entretien domestique, bricolage, jardinage) et les activités professionnelles ou scolaires ; les exercices physiques (AP structurées, répétitives dont l'objectif est le maintien de la condition physique), et les activités sportives de loisirs ou en compétition (17).

La sédentarité est définie comme une situation d'éveil caractérisée par une faible dépense énergétique inférieure ou égale à 1,6 METs (Metabolic Equivalent Task). Les activités sédentaires comprennent toutes les activités réalisées au repos en position assise ou allongée (regarder la télévision, lire, écrire, travailler sur un ordinateur, se déplacer en véhicule automobile) et la position debout statique (17).

Elle diffère de l'inactivité physique qui se caractérise par un niveau insuffisant d'AP ne permettant pas d'atteindre le seuil d'AP recommandé pour la santé, soit l'équivalent d'au moins 150 minutes par semaine d'AP d'endurance d'intensité modérée (17).

Exemples d'exercice physique modéré :

Marcher d'un pas vif; jardiner; S'acquitter de travaux ménagers et domestiques; S'adonner à la chasse et à la cueillette traditionnelles; Faire du bricolage (par ex. réparations de toitures, peinture)

Exemples d'exercice physique intense:

Courir; Marcher d'un pas vif/grimper une côte à vive allure; Faire du vélo à vive allure; Faire de l'aérobic; Nager à vive allure; Faire des sports et jeux de compétition (par ex. jeux traditionnels, football, volley-ball, hockey, basket-ball); Faire des travaux de force; Soulever/déplacer de lourdes charges (1, 24).

Recommandation de l'OMS :

Les adultes âgés de 18 à 64 ans et plus, devraient pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.

L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes.

Pour pouvoir en retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé, les adultes devraient augmenter la durée de leur activité d'endurance d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.

Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine.

Lorsque des personnes âgées ne peuvent pratiquer la quantité recommandée d'activité physique en raison de leur état de santé, elles devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent (23).

IV. Justification de l'étude :

Il existe un intérêt à étudier les motivations qui poussent un patient diabétique de type 2 (DT2) à pratiquer ou à renoncer à l'AP, premièrement du fait que l'AP a un impact positif en termes de prévention des complications du diabète (2, 8, 21, 23), mais aussi dû au fait qu'il y a une réticence à adopter un changement de comportement chez les patients diabétiques de type 2, ainsi que de le maintenir.

Il y a un manque d'attention de la part des professionnels de la santé, concernant les conseils sur la pratique de l'AP, à cause d'un manque de formation (18,30).

Même si des facteurs psychologiques associés à l'engagement dans une activité physique lors de l'avancée en âge ont été appréhendés à partir des cadres d'analyses proposés par un certain nombre de modèles sociocognitifs, il y a peu de recherche sur le maintien de ses activités dans le cadre du diabète (1, 13,15).

Il a aussi été identifié 4 facteurs qui s'associent à l'émergence d'émotion positive dans l'AP : La compétence perçue, l'interaction sociale, l'expérience de nouveauté et la perception de l'effort physique. Chacun de ces facteurs peut être le point de départ pour le développement d'interventions visant à améliorer les émotions positives dans le sport afin d'augmenter l'entretien et l'adhésion au sport (13, 32).

Nous ne traiterons pas les obstacles à l'activité physique du point de vue socioculturel (tableau en Annexe n°2, p.58) qui ont déjà été identifiés dans de nombreuses études indépendamment de la population étudiée, ici, les diabétiques de type 2 (19).

V. Hypothèse et objectifs de l'étude

V.I. Objectif(s) :

L'objectif de notre étude est d'identifier les facteurs psychologiques et cognitifs de renoncement à la pratique de l'activité physique adaptée (APA) ainsi que de la poursuite d'une AP régulière.

V.II. Question :

Nous nous sommes posé la question de savoir quels étaient les facteurs psychologiques et cognitifs déterminants qui s'opposent à la mise en route et au maintien d'une APA chez les diabétiques de type 2.

V.III. Hypothèse(s) :

Nous pensons qu'il existe des facteurs psychologiques et cognitifs qui semblent jouer un rôle dans la décision d'arrêter l'AP ou qui rendent difficile voir impossible sa mise en route, chez les patients atteints de diabète de type 2.

MÉTHODE DE L'ÉTUDE :

I. Schéma d'étude :

Notre étude a été abordée par une analyse qualitative, par entretiens semi-dirigés de patients diabétiques de type 2, en visant à avoir un groupe de 12 personnes le plus hétérogène possible, pour obtenir une suffisance des données.

La méthode qualitative nous paraissait la manière la plus adaptée pour évoquer le vécu des patients, leurs expériences, leurs émotions au cours d'une AP et pour verbaliser leur ressenti et leur représentation de la maladie diabétique.

“L'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs ; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent.”(5)

Ces entretiens étaient anonymes et volontaires, effectués dans le respect de la déontologie et de l'éthique.

II. Population d'étude et échantillonnage :

Critères d'éligibilité :

Il fallait que les patients inclus dans l'étude soient diabétiques de type 2, d'âge compris entre 40 et 80 ans, sans handicap mental ni physique et comprennent et parlent la langue française.

Le recrutement s'est fait principalement auprès d'un médecin généraliste du Val-de-Marne (94) le Dr. Nguyen Tat Nicolas et d'un médecin parisien (75), le Dr. Sfar Kathounian Catherine, par téléphone après que le patient se soit vu présenté le sujet de la thèse par son médecin généraliste.

Le recrutement s'est aussi fait par le biais d'un informateur relais auprès de M. Yanis Oudjedi Damerджи référent du pôle de coordination Revesdiab, qui présentait mon sujet de thèse aux groupes de patients auprès desquels il intervenait, et qui me communiquait les coordonnées des patients volontaires.

Dans un premier temps, j'ai effectué 3 entretiens exploratoires pour affiner les hypothèses de recherche, puis j'ai commencé les 14 entretiens principaux. Dont 2 exclus de l'étude, puisque l'intermédiaire du réseau Revesdiab n'avait pas tenu compte des critères d'éligibilité. L'un, d'une patiente pré-diabétique au sein du réseau Revesdiab (prévention), et un autre d'un patient Diabétique de type 1 qui pensait être diabétique de type 2.

Les entretiens ont été réalisés de manière semi-dirigée à l'aide d'un guide d'entretien, qui a été modifié en fonction des thèmes et des questions qui émergeaient à la suite des entretiens exploratoires. L'entretien s'est déroulé le plus souvent sur le lieu de remplacement du thésard ou au domicile du patient. Ils ont duré entre 30 et 60 minutes.

III. Recueil des données :

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et ont été retranscrits l'un après l'autre par le thésard, dans leur totalité dans de brefs délais après l'entretien, pour assurer la fidélité des non-dits et de la gestuelle, ainsi que pour stabiliser les catégories et sous catégories émergentes.

IV. Analyse des données :

Après transcription des verbatims à l'aide du logiciel Word, l'analyse des données s'est faite par une approche compréhensive, herméneutique, phénoménologique et comparative. Elle s'est faite de façon mixte, c'est-à-dire à la fois basée sur une analyse thématique de contenu reprenant le « health belief model » (29), une analyse inductive en utilisant une analyse par « catégories conceptualisantes » basée sur les principes de la théorie ancrée de Glaser et Strauss (5) et une analyse par questionnement analytique. Ce dernier travail d'analyse par questionnement analytique a été réalisé pour répondre progressivement à la question de recherche principale, en faisant émerger des réponses directes, sous la forme d'énoncés ou de constats (28).

L'analyse a été décomposée en 3 temps : En premier la lecture flottante, visant à avoir une première appréhension de l'entretien en notant ses impressions et ses commentaires, puis un codage s'est fait manuellement, pour regrouper les sous

catégories en notion plus globale par thème, enfin, pour finir l'analyse phénoménologique pour la compréhension de la signification de sens.

La classification des verbatims a été effectuée à l'aide du logiciel Excel, sur 2 feuilles. La première feuille en rapport à la maladie et la seconde en rapport à l'AP. Le tableau contenait 3 thèmes (chacun dans sa colonne) et pour chaque entretien (par ligne), des sous-catégories, rangées dans chaque colonne correspondant aux extraits de verbatim.

L'analyse a été réalisée en parallèle, en aveugle par triangulation par le thésard et le directeur de thèse pour assurer la rigueur de l'analyse inductive et éviter un biais de surinterprétation.

Il est à noter que cette étude est notre première expérience en termes d'analyse qualitative et que nous essayons de nous conformer au mieux aux méthodes recueillies dans différents ouvrages référencés comme gold standard dans l'analyse qualitative (4,5,12,16,28).

RESULTATS

I. Descriptif des patients interviewés

Nous avons obtenu 12 entretiens avec 6 hommes et 6 femmes, compris entre 45 ans et 74 ans. La durée moyenne des entretiens est de 42,43 minutes. Les caractéristiques des patients interviewés sont regroupées dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 - Caractéristiques des interviewés

Entretien	E n°1	E n°2	E n°3	E n°4	E n°5	E n°6
age (40 à 80)	62	60	68	66	74	56
sexe (M/F)	M	M	F	F	M	F
durée du diabète/an	12	10	10	4	7	4
type de ttt	ADO	ADO	Insuline	ADO	ADO	ADO
catégorie professionnelle	batiment BTP	Retraité SNCF	retraité technicienne de surface	retraitee fonction publique	Professeur école d'art sculpteur	secretaire crèche
recrutement	Dr. NGUYEN	Dr. NGUYEN	reseau RevDiab	reseau RevDiab	Dr. SFAR 15e	Réseau RevDiab
conjoint (N/O)	N	O	N	N	N	O
AP	travail	marche	gymnastique	course à pied	course à pied	aquagym/gym
Complications/ Comorbidités	N	N	Trouble Angoisse Cancer digestif	N	AOMI Neuropathies	Gonarthrose

Entretien	E n°7	E n°8	E n°9	E n°10	E n°11	E n°12
age (40 à 80)	65	50	65	64	63	45
sexe (M/F)	F	F	M	M	M	F
durée du diabète/an	3	16	6	9	3	2
type de ttt	phytothérapie	ADO+insuline	ADO	ADO	ADO	ADO
catégorie professionnelle	formatrice puericulture	secretaire fonction publique	Pasteur	retaraité comptable	retraité brancardier Conducteur	gestionnaire de mutuelle
recrutement	Réseau RevDiab	Dr. ROSS 15e	Dr. SFAR 15e	Réseau RevDiab	Dr. Nguyen	Dr. MIRAT 94
conjoint (N/O)	N	O	O	O	O	O
AP	gym/randonnée	N	marche/travail	marche/gym	Bricolage	N
Complications/ Comorbidités	N	Obésité Gonarthrose	Obésité	Epilepsie Arthodese Lombaire	AOMI	Lombalgie chronique

II. Analyse Thématique :

L'analyse thématique de ces 12 entretiens a permis de mettre en évidence 4 thèmes, qui sont les suivants : l'expérience sociale, le sentiment de vulnérabilité et d'impuissance, l'APA pour une expérience de vie positive, et la gestion de la maladie facteur cognitif influençant l'AP.

Des sous thèmes sont exposés dans un tableau récapitulatif des thèmes et sous thèmes en Annexe n°3 page 59.

II.I. Thème 1 : l'expérience sociale :

La pratique de l'AP de façon régulière serait motivée par une **aide extérieure, une personne avec qui pratiquer le même sport.**

« Ce que je voudrai c'est trouver quelqu'un qui vienne avec moi, voilà, ça aussi je pense que ça me motivera plus parce que je suis pas tout seul, quelqu'un qui m'accompagne, voilà, quand des fois on est seul, on n'est pas trop motivé » Q33 page 5, entretien N°1

« Ça peut aller jusqu'à des 4 heures de marche, c'est des 11-12km, mais bon ma femme a un téléphone avec un podomètre, elle le met en route tout ça on voit combien qu'on a fait, des fois c'est impressionnant » Q42 page 4, entretien N°2

« Parce que des fois quand on est tout seul, c'est pas la même... quand on est en compagnie, j'ai pas de copine, de voisinage qui vont faire ça. Tout le monde il travaille, voilà. Si j'avais la compagnie avec quelqu'un j'aurais bougé encore plus » Q11 page 2, entretien N°3

« On faisait la marche avec mon mari souvent, on allait à la Roseraie. Tout seul c'est pas pareil » Q41-42 page 8, entretien N°3

« J'avais une amie, on faisait beaucoup de natation, et puis bah ça c'est pareil on faisait dans les bons temps on faisait plus d'une heure et demie de natation, plus de 80 longueurs, donc ouais » Q1 page 1, entretien N°6.

« Alors l'aquagym c'est tous les mardis soir donc ça, je m'organise, euh, en plus j'ai plaisir à y aller, même s'il fait froid en général on y va. Euh bon après on y va avec des amis, donc voilà c'est sympathique, ça ne m'empêche pas d'y aller moi toute seule si elles ne viennent pas » Q2 page 2, entretien N°6.

« oh bah la marche nordique je connais les gens avec qui je fais ça, et puis la randonnée c'est un groupe avec L'Haÿ-les-Roses, euh vraiment ou on fait une marche entre 15 et 20 km on part la journée il y a un covoiturage, j'veux dire il y a

une ambiance aussi qui est présente, on mange ensemble on partage, il y a quand même quelque chose du partage et du festif » Q39 page 6, entretien N°7

« J'aurai préféré qu'il y en ait 4 ou 5 puisque ça a un effet entraînant. Et si vraiment quelqu'un a un problème, il y en a un autre qui peut s'arrêter avec quoi » Q18 page 3, entretien N°10

« Exactement je pense que quand je faisais j'étais avec une amie, ça me motivait énormément, comme on travaille ensemble en plus, donc on quittait le boulot on allait directement à la salle de sport ensemble, là à côté, je pense que si j'avais quelqu'un pour m'accompagner ça me ferait sortir un peu, c'est ça faire les choses seule je sais pas. Je ne sais pas faire. Je lâche très vite, j'ai pas la motivation » Q17 page 3, entretien N°12

Quand on demande à Madame C, qu'est ce qui pourrait l'aider à reprendre l'AP elle répond : *« d'avoir une compagnie, par exemple si mon mari voulait bien venir avec moi en salle, surtout que lui, c'est quelqu'un de très motivé, qui baisse pas les bras comme moi » Q30 page 6, entretien N°12*

A l'inverse, pratiquer une **AP solitaire/seul est un facteur de renoncement** au maintien de celle-ci.

L'isolement social et le manque de soutien extérieur, que ce soit de l'entourage, d'un coach sportif ou d'un professionnel de santé apparaissent comme des facteurs déterminants qui influent sur **l'initiation et surtout le maintien** des AP.

« J'ai essayé quand même toute seule avec l'internet, pff, j'm'y suis mise un petit peu mais c'est vrai que ce n'est pas très gai. Je dirai que ce n'est pas trop motivant, ouais. Pourtant j'ai ce qu'il faut, je dois même avoir derrière vous un appareil pour faire des exercices pour les bras, non mais j'avoue que, je pense que je me trouve d'autres occupations. » Q8 page 2, entretien N°7

« Mon épouse non. Comme moi elle est comme moi. (La femme ajoute : je fais du Tai-Chi de temps en temps) voilà ça devrait être une fois par semaine mais c'est une fois de temps en temps, voilà c'est le matin donc quand elle n'est pas en forme elle n'y va pas quoi » Q14 entretien page 2, N°10

L'isolement social est un facteur limitant l'APA, dans l'entretien n°3, madame P dit qu'une des raisons pour lesquelles elle ne pratique pas de marche randonnée est le manque d'amis, la nécessité d'aller aux endroits de randonnée en covoiturage.

« J'ai jamais participé. Déjà parce que la marche de printemps c'est loin, il faut trouver le covoiturage donc le groupe qu'on est nous il n'y a pas beaucoup de gens qui se permettent de dire bah moi je te prends toi, je te prends toi, ni avec le train c'est impossible parce que c'est déjà pas mal que je prenne le train jusqu'à la vache noire » Q57 page 10 entretien N°3

Plus qu'une aide extérieure poussant à initier et à maintenir une AP, l'analyse par questionnement analytique a permis de mettre en évidence un sous thème : la **recherche du lien social** comme source de régularité dans la pratique de l'AP.

Avec l'âge vient souvent l'isolement social, le fait de pratiquer une AP est un moyen pour les patients interviewés de tisser des liens nouveaux et de garder une interaction sociale.

« Oui bien sûr, ça s'est très bien passé. On était tous courbaturés on a bougé beaucoup, mais ça va... j'aime bien moi, la gym en comité, mais après comme si on se connaît pas, chacun repart de son côté, c'est-à-dire qu'on a pas des contacts. » Q16-17 page 3, entretien N°3

« Alors l'aquagym c'est tous les mardis soir donc ça je m'organise, euh, en plus j'ai plaisir à y aller, même si il fait froid en général on y va. » Q2 page 2, entretien N°6.

« J'attends sa séance avec plaisir et puis on est assez nombreuses » Q34 page 6, entretien N°6

A la question avez-vous constaté des changements dans votre vie grâce à l'AP, Mme Ro répond : *« ouais pas physiquement mais euh, oui d'autre personne qu'on rencontre, c'est un lien »* Q45 page 7, entretien N°6

« Le fait d'aller de faire le Pilates ça crée aussi du lien, et aussi au gymnase, le vendredi matin ça crée aussi du lien avec les gens. » Q7 page 1, entretien N°7

« Pff je trouve la gym très ennuyeuse, là j'y vais parce qu'il y a du lien qui commence à se créer » Q11 page 2, entretien N°7

« *Je pense qu'il y a plus de plaisir à venir qu'avant parce que je commence à connaître plus de personne qu'avant. C'est peut-être ça qui me permet d'y aller et de faire cette gym la, parce que je vous dis avant je trouvais ça très ennuyeux* » Q38 page 6, entretien N°7

La place du « coach » de **l'entraîneur** qu'il soit personnel ou pour un groupe semble essentielle pour le maintien d'une APA régulière.

Madame M, dans l'entretien N°4 nous répond à la question « qu'est ce qui a changé, pourquoi vous ne faites plus de course à pied ? » :

« *Parce que mon entraîneur, il est parti* » Q48 page 4, entretien N°4.

Pour Mme A, le coach permet **d'adapter le niveau en fonction de chacun et de dynamiser les séances, afin de les rendre plus attractives** : « *selon les exercices et le nombre que nous sommes il s'adapte il fait en fonction de ça. Non, non c'est plutôt il est dynamique, la musique c'est pas ce qui me plaît le plus mais bon c'est sa musique à lui (rires) donc je m'y fais* » Q11 page 2, entretien N°7

Lorsque l'on veut savoir ce qui change dans la façon dont le coach organise la séance elle répond : « *oui ça me permet de continuer, parce qu'au début c'était vraiment de l'ennui* » Q12 page 2, entretien N°7.

« *Je vous dis avant je trouvais ça très ennuyeux, et vous avez pas connu ça quand j'avais 16 ans, il y avait des cours collectifs et j'y allais, et bon euh là la gym était intéressante, elle faisait bouger, mais ce qui était très très chouette c'est l'ambiance qui était amené par l'animateur, qui faisait qu'on rigolait, il y avait quelque chose de stimulant et qui me permettait de venir aussi.* » Q38 page 6, entretien N°7

Mme D, dans l'entretien N°8, nous fait part de sa peur de se blesser, cette **peur semble être minimisée par le fait d'avoir un coach qui encadre son AP.**

« *Oui de me blesser, ça, ça me fait très peur de tomber, de me fracturer quelque chose, c'est pour ça d'ailleurs, je préfère le faire dans un milieu encadré, où il y a toujours quelqu'un qui est expérimenté et des diplômés pour ça, pour pas que je me retrouve à faire un geste qui se trouve être irréversible* » Q28 page 5 entretien N°8

En plus d'accompagner le patient diabétique dans sa pratique d'APA, le rôle du coach prévoit des **entretiens motivationnels** de façon régulière et fait le point avec le patient, pour prendre conscience des bienfaits des séances, de valoriser les efforts du patient et de répondre aux questionnements qui peuvent être émis lors des séances. Ces entretiens motivationnels favorisent le maintien de l'AP.

Lors de l'entretien N°12, en reprenant une des questions du « health belief model » (guide d'entretien, thème 3, êtes-vous prête à vous engager dans une AP régulière ?), en supprimant hypothétiquement les contraintes socio-économiques que la patiente met en avant et en reposant la même question qu'au début de l'entretien, nous avons une réponse différente plutôt positive pour reprendre l'AP.

D'où l'importance d'un entretien motivationnel. « *Oui j'aimerais bien essayer effectivement un mercredi ça peut se faire vu que je ne travaille pas et que je ne rentrerai pas très tard, je peux toujours m'organiser à faire ce que j'ai à faire le matin, et faire du sport l'après-midi ou au contraire faire du sport le matin pour être bien le reste de la journée, si j'aimerais bien* » Q32 page 6, entretien N°12.

Conclusion du thème I : L'AP est favorisée par la pratique en groupe, on retrouve le genre de l'aidant (qui est principalement le conjoint) qui joue un rôle dans l'initiation et surtout le maintien de l'AP. L'entretien motivationnel et la présence d'un coach, qui est spécialisé, comme dans le réseau RevesDiab, semblent être des facteurs favorisant le maintien de l'AP.

II.II. Thème 2 : Sentiment de vulnérabilité et d'impuissance

Deux émotions fortes ont été identifiées : Le sentiment de vulnérabilité et d'impuissance. Ces sentiments ont un impact sur la perception du patient concernant sa maladie mais aussi sur la conception de l'AP.

Il y a un renforcement négatif par perception d'un sentiment de vulnérabilité :

La maladie du diabète de type 2 vient souvent avec l'âge du fait d'une mauvaise hygiène de vie, surtout alimentaire, mais aussi due au vieillissement cellulaire lié à l'âge.

Cette deuxième notion semble importante car elle amène le plus souvent à une baisse de la performance physique chez l'individu.

Expérimenter une activité physique avec l'âge peut amener à un sentiment de fatigue, et d'anxiété face au risque de blessure.

Cela peut créer un **sentiment de vulnérabilité** qui semble être un renforcement négatif pour la pratique d'une AP. Les patients peuvent être conscients ou non de ce sentiment de vulnérabilité, mais s'ils n'en sont pas conscients cela peut conduire à une pratique inadaptée de l'AP. Et comme on le verra plus tard l'AP non adaptée amène à l'évitement de l'AP.

« Je m'aperçois que je cours vraiment pas longtemps, par à-coup (...) euh bon 30 min en s'arrêtant, et maintenant je suis même essoufflé quand je rentre chez moi, ça m'inquiète un peu (...) Bon évidemment je soupçonne le diabète pour beaucoup de choses, ce que ça entraîne. » Q4 et Q7 page 2, entretien N°5.

Dans l'entretien N°5, M. R prend conscience qu'il ne peut plus pratiquer l'AP comme il l'entend, et s'identifie à son frère qui ne peut plus courir, ici on est face à un sentiment de perte, une baisse de performance due au vieillissement et aussi à la confrontation à une image connue, celle de son frère plus âgé.

« Mais mon frère Gabriel je commence à lui ressembler il ne peut pas marcher il ne peut pas courir longtemps, il s'arrête » Q10 page 2, entretien 5.

Il accuse à tort ou à raison le diabète comme étant le facteur limitant à la réalisation de son AP : *« j'étais très essoufflé. (Silence), comparer à il y a 3 ans, je fais 3 fois plus le temps. Je soupçonne le diabète de cela »* Q40 page 6, entretien N°5

« J'ai peur de faire une hypo la nuit (...) ça m'est arrivé d'aller monter au cimetière voir... au cimetière, c'est une bonne montée pour monter à l'Haÿ, donc ça m'est arrivé 2 fois de faire des hypo (...) Mais je ne suis pas tranquille, je sors je dois avoir mon testeur, mon insuline et tout. C'est quand même une contrainte pour moi ça. »

Q26-29 page 5, entretien N°3

Il y a aussi un renforcement négatif, par perception d'un sentiment d'impuissance :

Plus spécifiquement lié à la maladie du DT2, un **sentiment d'impuissance** est ressenti chez la plupart des patients interviewés. La perception de leur maladie semble influencer leur rapport à l'AP.

« Je sais qu'il y a des conséquences, des séquelles, que ça peut abîmer le reins, les yeux, et donc je dis bon bah je suis dans un bateau qui ne va jamais s'être traversé quoi. Donc tout il me fait peur » Q39 page 7 entretien N°3

« Pourquoi je fais l'insuline pour qu'il y ait des pics exagérés, bon quelques hypo, bon de temps en temps ça arrive et je sais quoi faire, mais j'aime pas quand elle monte. Je dis tout ce que je fais ça sert à rien » Q9 page 2 entretien N°3

« J'ai peur qu'il m'arrive quoique ce soit, si je suis pas à côté des hôpitaux, donc tout ça, ça me freine, même si j'ai jamais aimé voyager, j'ai jamais aimé voyager en dehors de l'Italie, c'est tout, mais là, c'est vrai que ça m'empêche tout, d'être heureuse, de rigoler, parce que je me dis : tiens il va m'arriver quelque chose » Q22 page entretien N°3

« J'ai eu le sentiment oui quelque chose d'irréversible, ça va augmenter, j'ai un peu l'impression que quoi que je fasse quoi que je réduise, encore dernièrement quand j'ai passé les derniers tests, j'vous avez dit, je revenais de Bretagne, pendant 1 mois et demi je faisais du vélo, et ça avait pas tellement bougé (rires). Euh vraiment » Q25 page 5 entretien 5.

« Je pense que c'est la pire des saloperies qu'on peut avoir alors je parle pas des cancers. C'est cette maladie métabolique, qui fait en sorte que les gens vieillissent... Même si je pense qu'on fait attention, je pense que ça peut aller crescendo. » Q19 page 3, entretien N°7

« Je suis consciente que ça me bouffe à petit feu, ça me détruit à petit feu. » Q22 page 4, entretien N°8

« On me surveille pour les reins. Ça, ça m'inquiète plus. Parce que j'ai l'impression que ça me grignote petit à petit quoi (...) parce que ça me paraît inéluctable aussi » Q35 page 7, entretien N°10

Chez certains patients, ce sentiment est conscient et la pratique de l'AP est freinée, chez d'autres, une défense est créée pour faire face à cette dérangeante réalité par un **déni protecteur** ce qui permet de suivre le cours de l'AP.

« Après dans ma tête, voilà on dit que le diabète est une maladie en sourdine, et effectivement parce que je crois que c'est pas encore ancré dans ma tête, je travaille plus sur le poids que sur le diabète. Je pense. » Q12 page 3, entretien N°6

« Non j'y pense pas, non, alors oui je sais pas si j'y pense, pas inconsciemment, si je veux pas voir ça, c'est peut être ça, j'm'y intéresse pas trop. Je sais pas si j'ai comment dire... Des fois je me dis voilà est-ce-que je me voile pas ? Ou je veux pas voir la gravité de cette maladie, là, pour moi je ne suis qu'au début de la maladie voilà. » Q24 page 4, entretien N°6

Ce ressenti lorsqu'il est **chronique**, et lorsque le sujet est isolé, semblerait conduire à des **éléments de passivité** (déni, honte, perte de plaisir, anxiété, asthénie, culpabilité, fatalité, perte de contrôle, humeur triste) qui peuvent s'associer à des symptômes du spectre d'un **syndrome dépressif**.

« Oui sur le moral, ça joue énormément, et j'espère que demain ça ira toujours mieux. Vous savez quand on a un truc comme ça (le diabète) le moral il est touché, c'est quand même là dedans (en désignant la tête) ça cogite, merde il manquait plus que ça que j'ai cette merde, le moral y joue énormément. » Q48 page 6, entretien N°1

On observe un **déni** différemment prononcé vis-à-vis du diabète :

"Pourquoi ça m'est arrivé, mais bon je veux pas trop y penser en fait, je veux pas trop y penser. Aujourd'hui je me dis si j'suis malade j'suis malade quoi, vous savez moi je suis assez croyant, et ce qui m'arrive c'est peut-être voulu, donc voilà quoi. " Q14 page 2, entretien N°1

« J'ai jamais su vraiment, enfin je surveille, et des fois le pouce est bleu, donc je change de chaussure, (rires) je fais attention de ce côté là, j'oublie de regarder si ça va mieux. Enfin... (...) Il y a beaucoup d'amputations à cause de ça. Donc faudrait que je me le rappelle un petit peu plus » Q34 et 35 page 6, entretien N°5

« Même si foncièrement je ne me sens pas du tout diabétique. J'ai pas de symptômes (...) vous avez une glycémie à jeun au-dessus des normes... alors c'est compliqué parce que les normes, c'est des chiffres qui dépendent des laboratoires, qui ont bougées au fil des années, alors moi je me demande quand même vraiment est ce que c'est très juste ou pas (...) je fais en sorte de pas rentrer dans la maladie, et de ne pas fantasmer là-dessus (...) La glycémie élevée, les quelques glycémies élevées à quelques mois de différence on vous considère comme diabétique. Voilà. » Q15 et Q16 page 3, Entretien N°7

"Par rapport au diabète ? Je n'y pense pas trop. J'ai beaucoup de gens à suivre beaucoup de choses à réfléchir, j'ai pas beaucoup le temps de penser à moi-même" Q38 page 7, entretien N°9

« Non à vrai dire, je n'y pense pas, sinon c'est prise de tête, chaque chose qu'on va manger, ha bah il y a trop de sucre, trop de machin, c'est pas parce qu'on prend du sucre qui fait que le diabète il est là, c'est ... il y a des gens qui mange pas de sucre du tout et ils ont quand même le diabète donc euh... Voilà, c'est une histoire de pancréas je crois » Q21 page 4, entretien N°11

« Maintenant on le baisse de plus en plus et ça permet au laboratoire de... là, je me pose un peu des questions, c'est comme quand on nous met des PV lorsqu'on roule à 60, on avait des voitures qui roulaient juste à 70 des 4L et c'était limité à 90, maintenant on nous limite à 80 avec des voitures qui roulent à fond. Vous voyez le truc ? Donc moi c'est ça qui m'interpelle, de voir que le diabète de type 2 on peut jongler d'un médecin à un autre, en fonction du laboratoire avec lequel il travaille. Je ne sais pas, personne n'est dupe ! » Q24 page 5, entretien N°11

Un sentiment de **honte** :

« Même des copains qui sont dans le même cas que moi, ils en parlent pas, et ça c'est un truc j'ai remarqué on en parle pas. Pourquoi je ne sais pas ? Est-ce-qu'on ne veut pas dire qu'on est diabétique, qu'on est malade ? » Q39 page 6, entretien N°1

Une **perte de plaisir** :

« Ça m'empêche tout, d'être heureuse, de rigoler » Q22 page 4, entretien N°3

« C'est vrai que je vivais bien, j'étais un bon vivant, j'aimais bien tout ce qui était la bonne bouffe, j'adorais, et puis c'est peut-être ça qui a déclenché mon diabète » Q21 page 3, entretien N°1

Un sentiment de **culpabilité** :

« j'ai des fringales qui fait que je m'écoute très souvent, et je sais qui faut pas, et puis 2-3 jours plus tard vu le taux de résultats que j'ai au niveau de ma glycémie à jeun ou en fin de soirée après l'insuline, ça fait que je me questionne souvent, et je suis tout le temps en état de culpabilité (...) je n'arrive pas à être dans la norme sans avoir des hypos des hypers, et quand j'ai des hypers, je culpabilise» Q19 et Q22 page 3 et 4, entretien N°8.

Une **humeur triste** :

« J'ai pas une vie très gaie » Q7 page 2, entretien N°3

On peut alors dire par extension que le diabète de type 2 est une maladie chronique qui a un fort poids émotionnel et un impact psychologique non négligeable, qui peut induire un syndrome dépressif. Ce syndrome dépressif peut lui-même conditionner un état de passivité vis-à-vis de la pratique de l'AP.

Conclusion du thème 2 : Le sentiment de vulnérabilité et le sentiment d'impuissance, face aux conséquences de la maladie, pourraient être à l'origine d'une inhibition face à l'AP du patient diabétique de type 2. L'attitude passive, l'inertie, l'aboulie, nous fait entrevoir le spectre de la dépression qui semble être relativement présent chez les patients DT2 de la population étudiée.

II.3. thème 3 : L'AP adaptée pour une expérience de vie positive.

La notion d'AP **adaptée** semble être réellement importante pour maintenir celle-ci dans le temps et **de façon durable**.

Dans l'entretien N°3, Mme P dit qu'elle pratique avec le réseau RevesDiab car le sport y est adapté pour elle. En énumérant d'autre sport, comme la piscine ou le yoga, elle dit que ce n'est pas pour elle du fait de sa condition et de ce que ça pourrait entraîner (blessures ou infections).

« ça me donne envie d'y participer, et après je me dis pourvu que je suis en forme, sinon ça me plait (...) d'autre sport je pense pas que je suis apte pour... que cela qu'on fait avec Yanis, parce que c'est pas brusque c'est doux » Q58-62 page 10 entretien N°3

Dans l'entretien N°6, Mme R qui a des problèmes de tendinite et d'arthrose, qui semblent temporairement limiter la pratique d'une AP, ne semble pas perdre en régularité. Elle maintient son AP du fait qu'elle soit adaptée à sa condition physique, en dehors des autres bénéfices secondaires que ça puisse lui apporter (socialisation, et plaisir de l'AP).

« Au niveau de l'aquagym, je fais pas tous les exercices, par exemple quand il demande de faire les battements, ça me demande trop d'efforts au niveau du genou je sens que ça va plus, donc ça je ne peux plus le faire, parce qu'avant je le faisais. Donc tout ce qui est aussi sauté dans le bassin, ça, je ne le fais plus aussi, un peu tout ce qui concerne les genoux, les flexions à répétition je le fais de la jambe gauche mais pas de la droite. Tout ce qui concerne le genou je fais très attention.

Ça me limite effectivement, bon après je fais d'autres mouvements je sais quoi faire mais pas toute la totalité de l'exercice donc j'adapte. (...) Je connais un peu mon corps et je sais mes limites donc je m'adapte » Q38 page 6, entretien N°6

« Pour moi, les exercices que Yanis nous propose ne me mettent pas en difficulté, la rando ne me met pas en difficulté, parce que la randonnée on va à son rythme, il y a des groupes qui vont un petit peu plus vite que d'autres, mais bon voilà, l'idée c'est d'être ensemble, euh, la marche nordique c'est quand même un rythme plus pêchu, je peux par rapport au groupe auquel je participe, être plus en difficulté parce que j'ai pas la pêche... Peut-être qu'au niveau de ma forme, peut-être les gens avec qui j'en fais je peux être derrière mais ça ne me, j'veux dire ça ne me met pas en difficulté psychologiquement, je me dis que j'ai mon âge et je le fais en fonction de mes capacités et le fait de le faire à mon âge, je me dis que c'est plutôt intéressant. » Q45 page 8, entretien N°7

L'interprétation que l'on pourrait proposer est la suivante : Il semblerait que **l'AP soit maintenue**, lorsqu'elle est réalisée dans de **bonnes conditions**, dans un endroit qui ne porte pas atteinte à **l'intégrité physique et psychique** du patient.

M. C dans l'entretien N°10, nous dit que l'AP pratiquée au sein du réseau RevesDiab est adaptée pour lui, et qu'il va démarcher d'autres associations qui répondent aux mêmes critères. C'est sa condition pour maintenir une AP régulière semble-t-il. Cela semble contraster avec le sport qu'il pratiquait à un niveau militaire dans sa jeunesse, qu'il tente d'éviter au maximum depuis.

« Je vais voir s'il y a une autre association qui répond aux mêmes critères que Yanis quoi, c'est-à-dire pas violent, pas vraiment de résultats, il nous dirige pas, il nous guide, il nous contre si on fait mal un mouvement mais c'est sans plus quoi. C'est toujours, ce serait mieux... Enfin c'est exactement ce qu'il me faut » Q15 page 2 entretien N°10

Inversement **l'AP inadaptée** pourrait renvoyer le patient à un **sentiment de vulnérabilité**, et induirait un **évitement** de l'AP, qui conduirait à l'arrêt définitif de l'AP.

Dans l'entretien N°4, Madame M. nous dit qu'elle a arrêté la course à pied de haut niveau. Elle est restée dans la même association, mais le groupe a changé, son coach a arrêté et ses collègues aussi.

Maintenant il n'y a que des personnes entre 20 et 30 ans. Madame M. voit **son environnement de course changer**, le niveau augmenté, elle dit ne plus arriver à suivre et donc arrête son sport.

« Parce que mon entraîneur, il est parti, et tous les gens qui sont âgés sont partis, et moi je vais pas être qu'avec des jeunes de 25 ans et tout, j'ai honte d'aller avec eux, et tout. Ils m'appellent, ils me disent de venir et tout. Et moi je suis un peu gênée, comme je suis la doyenne, je vais pas aller courir avec des jeunes et tout (...) ah oui ils vont plus vite, avant quand j'étais jeune, j'allais plus vite (...) oui, eux ils vont plus vite, ils ont 25-30, et moi je suis âgée je suis à la traîne avec eux, j'y arrive pas. » Q48 à 50 page 4, entretien 4.

De même une **expérience vécue** comme traumatisante, qui porte atteinte à soi-même, ne sera pas réitérée par le patient, du fait de la création d'une **défense psychique**. Cette défense va induire un **changement d'habitude** du patient, l'**évitement** de la source d'angoisse sera la résultante de cette défense. Ici, l'arrêt de

l'AP. On parle ici d'expérience de vie négative qui conditionne la pratique d'habitude chez les patients DT2.

Dans l'entretien N°8, Mme D. a arrêté de pratiquer une AP régulière qu'elle pratiquait depuis longtemps, parce que son coach sportif a changé et celle qui le remplace aurait **un programme fixe non adapté aux personnes présentes en cours**. On pourrait même dire que la nouvelle coach poussait le rythme à un niveau plus élevé ayant pour but d'améliorer les performances à long terme. Dans le cas de Mme D, ce n'était pas le but de son entraînement et il allait à l'encontre de son plaisir quotidien. Une fois le plaisir disparu elle n'y est plus retournée.

« Durant les 5 dernières années, c'était avec le même professeur, ça se passait très très bien et il y a eu un changement, et il y a eu incompatibilité d'humeur avec la personne qui pratiquait, qui n'avait pas du tout de psychologie, vis-à-vis des gens qu'elle entraîne donc j'ai préféré laisser tomber (...) C'est quelqu'un qui fait que les cours de gym, mais qui n'avait pas du tout de psychologie dans le sens où nous étions la plupart du temps des adultes, elle ne tenait pas compte de quoi que ce soit, elle avait un programme qu'elle exécutait, si vous suivez c'est bien sinon bah libre à vous, je pense qu'il y a une façon de dire aux gens, sans les vexer, sans s'en prendre à leur intégrité morale donc voilà. (...)

Pour moi ce n'est pas ça, c'était plus quand elle nous disait de faire certaine endurance, dans le sens qui fallait aller très vite, il suffisait qu'on ne suive pas les bons mouvements, bon ça y est, c'est une personne qui piquait des crises de nerfs, bon moi j'y allais pour le plaisir et bon je n'ai plus retrouvé ce plaisir donc j'ai préféré laisser tomber. » Q10 à 13 page 2 entretien N°8.

On revient sur M. C dans l'entretien N°10, nous faisant part d'une association qu'il avait fréquenté, mais qu'il pratiquait une AP un peu plus intense pour son niveau, ce pourquoi il n'a pas continué. Il a expérimenté avec sa femme une AP inadaptée, dans un groupe où ils ne se sentaient pas à leur place. Cela illustre bien le fait qu'il y a un renoncement à l'AP lorsque celle-ci est inadaptée et lorsqu'elle est pratiquée dans des circonstances déstabilisantes. M. C évoque son vécu comme une situation stressante **qu'il ne veut pas réitérer**.

« On avait, avec mon épouse, commencé à faire de la marche nordique avec une association qui existe depuis très longtemps, et en fait le groupe c'est 10 personnes qui se connaissent depuis 20 ans, (...) on connaît personne, et donc on n'est pas vraiment intégrés quoi. Surtout que c'est pareil, le moniteur diplômé il adapte son activité aux gens qui sont là. Donc il y en a qui sont partis parce que c'est vraiment des fanas de clic-clic (il mime la marche à bâton) et sinon il adapte au niveau des gens qui sont là. » Q16 page 3, entretien N°10

Il évoque aussi son expérience militaire qui pour lui fut la source de son arrêt d'AP. Cette expérience de sport à un rythme militaire, c'est-à-dire à un rythme soutenu intensif, ne lui convenait pas, ça ne lui procurait aucun plaisir. Il a banni le sport dès qu'il a pu, c'est-à-dire à la sortie de l'école militaire. Cet exemple illustre une **expérience** traumatisante, pouvant-être une **source d'angoisse**. Le sujet, réagit de manière soit à **s'adapter et à surmonter la situation** (se confronter à l'effort et à force de travail y arriver, dans une optique de réussite et d'implication dans la tâche), **soit** le sujet **va éviter le stimulus anxiogène** (le fameux « fight or flight »), et dans ce cas-là, il évitera l'AP toute sa vie. Il ne reprendra une AP régulière qu'après avoir repris contact avec le réseau RevesDiab 40 ans après.

« La gymnastique avec Yanis, c'est ma première reprise d'activité depuis mon service militaire je dirai. Avant j'en avais tellement fait que j'ai jeté mes baskets et mes shorts et j'en ai jamais refait depuis (...) oui, j'étais dans un école militaire ça revenait au même quoi, du sport » Q7 et Q8 page 1, entretien N°10

On est dans la même optique dans l'entretien N°1 ou M.H nous raconte la dernière fois qu'il a fait du vélo :

« ... qu'un moment j'ai pédalé, j'ai pédalé, et d'un seul coup j'ai eu une douleur (la main posée sur le thorax) wouhaa, et puis j'ai stoppé tout de suite. Je me suis assis par terre, je me suis reposé et puis est-ce-que c'est le fait que j'ai forcé est-ce-que c'est le fait qu'il ait fait chaud, il faisait chaud, c'était en été, et je me suis dit est-ce-que c'est la chaleur ou l'effort physique que je viens de faire, voilà c'est le seul problème que j'ai eu alors voilà maintenant j'évite de faire du vélo, je ne fais plus ... » Q28 page 4, entretien N°1

Après avoir réalisé de nombreux examens complémentaires cardiaques comprenant ECG de repos et épreuve d'effort, le patient normalement rassuré, aurait pu réitérer l'effort, mais il n'en fut rien.

« c'est vrai qu'à mon âge faire du vélo monter des cols, faut être dingue, parce que, ça demande un entraînement, et puis c'est pas du jour au lendemain que vous allez prendre un vélo et que vous allez vous taper un col, (rires), le vélo, je faisais ça quand j'étais même, et puis maintenant je me dis, non c'est pas à 62 ballets que tu vas remonter sur un vélo, et que tu vas te taper un col » Q28 page 4, entretien N°1

Il conceptualise maintenant que de faire du vélo pourrait représenter une AP dangereuse, et de ce fait, il l'évite. Il met en **relation dans sa logique** que cette **AP n'est pas adaptée pour son âge**.

Conclusion du thème 3 : L'expérience de vie négative et l'AP inadaptée semblent être des déterminants au renoncement à la poursuite d'une AP.

L'expérience de vie négative implique la formation d'une défense psychique chez le patient DT2 qui conditionne une habitude, un évitement du stimulus anxiogène, ici le souvenir de pratiquer une AP.

L'AP inadaptée renvoi le patient DT2 au sentiment de vulnérabilité, qui à terme, mène à l'évitement de l'AP.

II.4. Thème 4 : La gestion de la maladie du diabète, facteur cognitif influençant l'AP.

Au niveau cognitif, il est dans la logique humaine de se questionner. Il est **difficile d'entreprendre une action**, si on n'arrive pas à **concevoir pourquoi il faut la réaliser**.

Les patients DT2 interviewés ont une difficulté à se représenter scientifiquement et simplement ce qu'est la maladie diabétique de type 2.

Certains savent qu'il y a **un lien bénéfique entre l'AP et le contrôle du diabète** mais ne connaissent pas les tenants et les aboutissants.

« Moi je suis infirmière de base, j'ai travaillée en HAD, j'ai traité beaucoup de gens qui ont eu le diabète, qui ont subi des amputations, je connais cette maladie, je

pense que c'est la pire des saloperies qu'on peut avoir alors je parle pas des cancers (...) j'évite le sucre au maximum, vraiment, ça c'est vraiment important pour moi (...) Maintenant pour moi le sucre c'est vraiment mon ennemi donc je suis plus vigilante là-dessus. Est-ce que ça a modifié mon activité physique ? Oui, peut-être, même si j'aime marcher, parce que je fais des randonnées, je me suis inscrite à un club de randonnée. Là c'est vraiment pour le plaisir, mais je sais aussi que c'est nécessaire pour le diabète. Je pense que si je vais à la gym le vendredi matin c'est parce que je sais que ça peut m'être utile » Q19-20-21-23 page 3 et 4 entretien N°7.

D'autres semblent ne pas faire de lien entre la pratique de l'AP et le maintien d'une glycémie dans les normes.

« Pas vraiment, bon moi je me dis je marche beaucoup, peut-être que je dis des conneries, que la circulation du sang se fait bien, je respire bien, je me dis ça, je sais pas ce que ça apporte vraiment au diabète (...) je sais pas vraiment, mais c'est ce que je ressens, je suis pas médecin, on est bien d'accord ? Mais ça peut être bénéfique pour ce putain de diabète de merde. Bon voilà il va peut-être pas me compliquer d'autre chose » Q44 page 6, entretien N°1

« C'est une maladie silencieuse et grave, si on ne fait pas attention, moi je connais des gens qui ne font pas attention, je connais une dame qu'ils lui ont coupé la jambe à cause du diabète. Parce qu'elle mange n'importe quoi, elle fait pas d'AP rien du tout. Maintenant elle est amputée de la jambe. » Q38 page 3 entretien N°4

« ... Est ce que c'est à force de rester assise ou c'est que ça devait venir ? Il paraît que c'est à cause de mon pancréas parce qu'il a été touché. » Q24 page 4 entretien N°3

M. R dans l'entretien N°5, nous montre qu'il contrôle son diabète en faisant les prises de sang tous les 3 mois en les ramenant à son médecin, et qu'il ne fait pas grand-chose d'autre, niveau alimentaire, il ne fait pas d'effort, il est plus dans **une attitude d'attente par rapport au professionnel de santé**. Il n'est pas très actif. Et cela se ressent sur son activité physique qu'il pratique qu'épisodiquement sur l'année.

« Je viens tous les 3 mois c'est assez facile il y a un labo en bas de chez moi et c'est de ce labo que vous avez les résultats (...) je fais attention, j'aimais beaucoup la viande, j'en prend beaucoup moins, par contre tout ce qui est crémeux, j'ai du mal à

m'en séparer, les yaourts, il faut quelque chose. Mais bon, je découvre les salades (rires)(...) j'ai toujours le même paquet de sucre depuis 2 ans, il est là, mais comme je vous dis bon le sirop d'agave c'est beaucoup de sucre, j'en sais rien, mais c'est qu'on m'a dit que c'était beaucoup moins que le miel, puis mais en même temps je prends du vrai sucre pour le diabète. Mais quoi éliminer ? C'est difficile, mais pour moi je ne peux pas dire que je fais très attention. » Q27 à 29 page 5, entretien N°5.

D'ailleurs lorsqu'on lui demande ce qu'il **attend de son activité physique** il n'évoque pas du tout son diabète ou sa glycémie :

« De pouvoir respirer plus longtemps, être moins essoufflé » Q49 page 7, entretien N°5

Partant de ce principe, il est **difficile** pour eux de **concevoir de faire une AP** s'ils ne **connaissent pas les bienfaits de l'AP sur la maladie**, et pourquoi s'ils pratiquent une AP, la gestion future de la maladie pourrait être mieux effectuée.

Il semblerait que les patients qui ont tendance à **rester passifs**, et adoptent une vision de la **médecine paternaliste** auraient le plus de mal à gérer leur maladie, certes, mais aussi le plus de mal à **initier une AP**. Ici M. H dans l'entretien N°1 qui ne pratique pas d'AP régulière hormis celle de son travail, nous expose la gestion de son diabète qui reflète la vision paternaliste que nous connaissons.

« Je viens voir le Dr. Nguyen, tous les trimestres, je fais les analyses de sang, et puis je fais le traitement, je fais rien, si en fait, je marche beaucoup, non autrement je prends les comprimés, pis euh je me fais contrôler tous les trimestres par le docteur quoi (...) bon des fois, je cache pas que je suis pas vraiment à fond le traitement, ou des fois j'oublie, ou des fois j'ai pas pris mes cachets, alors je prends pas mon comprimé, donc voilà. Nan, il y a que comme ça qu'on peut voir si ça va ou ça ne va pas. » Q22 et Q23 page 3 entretien N°1

Pour imager nos propos, dans l'entretien N°2 M. M répond à la question « *A part le traitement qu'est-ce que vous faites pour contrôler le diabète ?* » par :

« Euh je me pique le doigt avec les ... ça va je suis 2 fois 1,15 et des fois je suis un petit peu au-dessus de 1,40, mais ça va jamais plus loin que 1,60. » Q21 page 3,

entretien N°2. A la question « *Est ce que vous êtes prêt à vous engager dans une activité physique régulière ?* » Monsieur M, répond :

« *Euh non je pense pas, ça vient comme ça vient, au jour le jour.* » Q47 page 4, entretien N°2

Ici à la question « *avant l'annonce du diabète est ce que vous étiez actif ?* »

Il répond : « *plus actif qu'aujourd'hui ? Non pareil, ça ne m'a pas changé. En tout cas ça je ne m'en suis pas aperçu.* » Q36 page 4, entretien N°2

Cela illustre bien le fait que M. M **n'a aucune attente de l'AP**, il ne met pas en relation l'AP et les bienfaits de celle-ci sur sa condition.

L'analyse thématique couplée à l'analyse par questionnement analytique a révélé que le **manque de connaissance** sur la gestion de la maladie diabétique de type 2 pouvait être une cause de l'association préférentielle entre la **passivité** vis-à-vis de la maladie et **l'absence de l'AP**.

Nous montrons l'exemple inverse avec Mme. R dans l'entretien N°6, Elle met en relation l'accroissement de son AP compensant le fait qu'elle mange plus et lui assure un équilibre de sa glycémie.

« *On bouge plus en vacances, moi dès que je suis dans l'eau je fais de l'aquagym, donc euh si je pars 15 jours sur un club, je vois que c'est bénéfique car je mange plus mais je bouge plus donc euh en général je reviens je limite (rires)* » Q5 page 2, entretien N°6

« *Elle m'a demandé (médecin traitant) de faire une vérification 2 fois par mois pour me faire un petit rappel, me piquer, voir un petit peu ou j'en suis et peut-être mieux adapter mon régime et mes activités en fonction de mes résultats* » Q13 page 3 entretien N°6

Pour finir on a vu au cours de cette étude que la **représentation de la maladie** pouvait influencer la **décision** du patient diabétique, et ce patient pouvait choisir ou ne pas choisir de faire une AP en fonction de **l'état de son diabète**. Certaine fois comme c'est le cas dans l'entretien N°9 avec M. V (qui est assez passif dans la gestion de son diabète), les patients choisissent de ne pas faire d'AP, parce qu'ils n'y

voient pas plus de bénéfices que s'ils ne pratiquaient pas d'AP régulière. De voir que les glycémies du patient sont bien équilibrées sans faire d'AP, peut conforter le patient dans son attitude de passivité vis-à-vis de l'AP.

« Ça m'a appris pas mal de chose sur le diabète, et sur le lien entre le sport et le diabète, enfin entre l'AP et le diabète. Et là, depuis que je suis à Paris, mes taux de diabète sont plutôt bons, et donc je m'inquiète pas trop et je me dis pas « oh il faudrait absolument que je fasse de l'exercice physique en plus de ce que je fais en plus normalement », je crois que j'ai encore quelques kilos à perdre éventuellement ça oui, alors comment perdre des kilos, alors oui c'est effectivement l'exercice physique et le régime alimentaire mais alors ça je suis très conscient là-dessus. Mais après il faut vraiment se dire « oh il le faut absolument ». La motivation reste encore floue, aussi parce que mon diabète est bien stabilisé, avec les médicaments ça va pas mal, et une hémoglobine glyquée est plutôt bonne depuis longtemps donc je ne m'inquiète pas et je ne m'angoisse pas sur mon diabète et je ne me dis pas « il faut vraiment agir sur mon diabète » plus que ce que je fais. » Q11 page 3, entretien N°9

« Si mon taux de glucose commençait à monter ou à descendre très bas là je ferai des efforts plus important, mais tant que ça reste à peu près stable, je vais pouvoir compter sur mon corps » Q45 page 8 entretien N°9

Dans les sous thèmes analysés nous avons pu voir que ce manque d'information pourrait être la conséquence d'un **manque d'éducation thérapeutique centré patient de la part des professionnels de santé.**

« Je vois que vous écoutez, ça me fait du bien, parce que pas tout le monde vous écoute comme ça, même pas le médecin traitant, il a pas le temps » Q22 page 4, entretien N°3

« Faut qu'il m'explique mieux parce que moi je suis perdue, d'ailleurs j'ai pris rendez-vous avec un diabétologue, je veux le voir une fois, mais comme il faut aller au médecin traitant et il me dit « vous voulez y aller bon allez y au début de l'année prochaine » » Q26 page 5, entretien N°3

« J'ai eu un podologue en suède, bon elle m'a expliqué tout ce qui faut éviter au point de vue nutrition et puis bon mais enfin celui que je visite n'est pas très loquace là-dessus, donc je dois deviner » Q18 page 3, entretien N°5

« Et comme j'ai une hémoglobine glyquée tout à fait correcte, et qu'il y a des médecins qui me disent « mais vous n'êtes pas diabétique, voilà moi je... » » Q18 page 3, entretien N°7

« J'ai jamais reçu d'instruction formelle là-dessus » Q20 page 4, entretien N°10

Conclusion du thème 4 : Il semblerait qu'il y ait une association préférentielle entre la passivité vis-à-vis de la maladie et l'absence d'AP, causée par un manque de connaissance de la maladie de la part des patient DT2. Les patients DT2 ne semblent pas comprendre les bienfaits de l'AP sur leur maladie (régulation de la glycémie, et diminution des comorbidités à type de diminution de l'insulinorésistance, amélioration du profil lipidique et tensionnel). Cela semblerait venir d'un manque d'éducation thérapeutique de la part des professionnels de santé. De ce fait ils n'ont ni attente ni objectif précis pour contrôler leur glycémie par l'AP. Par conséquent ils ont du mal à définir un objectif qui inclut l'AP. Leur stratégie devient floue pour ne pas dire inconsistante, favorisant la passivité plutôt que le maintien de l'AP.

DISCUSSION

I. Principaux résultats :

Notre travail de recherche a permis de mettre en avant que la maladie du diabète de type 2 est une maladie chronique, complexe, impactant le vécu émotionnel et les choix du patient DT2 sur le processus d'initiation et du maintien des AP.

On a pu voir que le ressenti exprimé des patients interviewés était lourd de sens concernant la maladie du diabète, et on a identifié des symptômes du spectre de la dépression chez 6 patients sur 12 (Entretiens 1, 3, 5, 8, 10 et 12). La dépression est elle-même un frein pour initier une AP. Ces symptômes semblent être la conséquence d'un sentiment de vulnérabilité et d'impuissance face à la maladie.

L'isolement social, l'AP inadaptée et la confrontation à l'expérience de vie négative semblent être des facteurs de renoncement à l'AP extérieurs à la maladie DT2.

Inversement, l'activité en groupe, l'encadrement des sessions d'AP par un coach sportif et les entretiens motivationnels semblent être des déterminants positifs au maintien d'une AP dans le temps. On a pu voir plus spécifiquement le rôle du conjoint dans la gestion du diabète notamment sur l'aide à la prise du traitement (Entretien N°1,2,10) mais aussi dans l'initiation et le maintien d'une AP. A défaut d'aide du conjoint nous avons une perte de motivation quant à l'initiation et au maintien de l'AP. Le patient interviewé sous entendait que son AP serait peut-être plus régulière si le conjoint venait avec lui. (Entretien N°1,2,3,6,8,9,10,11,12)

Le lien entre la passivité vis-à-vis de la maladie et l'absence d'AP semble exister, ce phénomène pourrait être expliqué par un défaut cognitif, un manque de connaissance du patient DT2 concernant les bienfaits de l'AP sur sa glycémie et à plus long terme, retarder la survenue des complications chroniques du diabète. Ce manque de connaissance peut être en partie expliqué par un manque d'éducation thérapeutique centré patient de la part des professionnels de santé notamment le médecin généraliste.

II. Forces et limites de l'étude

II.1. Validité, transférabilité et fiabilité

L'étape de validation s'assimile à un processus d'autorisation accordée au chercheur par les participants et la communauté scientifique qui permet de clore la démarche d'analyse. C'est une forme d'autorisation sur la pertinence de l'analyse des données par la souveraineté du terrain (Commons, 1959) (16).

II.1.1. Validité interne

La validité interne implique de vérifier si les observations sont effectivement représentatives de la réalité ou crédibles, c'est-à-dire d'évaluer si ce que le chercheur observe est vraiment ce qu'il croit observer. L'acceptation interne fait donc référence au degré de concordance entre le sens attribué par le chercheur et sa plausibilité aux yeux des sujets (12). Les thèmes obtenus semblent donner des réponses sur le manque d'AP chez les patients DT2.

II.1.2. La validité externe ou Transférabilité

La notion de validité externe renvoie à la possibilité de pouvoir généraliser les observations à d'autres objets ou contextes. Ceci implique donc d'avoir un échantillon représentatif de la problématique. A la différence de la recherche quantitative qui cherche à avoir un échantillon le plus représentatif de la population, la recherche qualitative s'attache à obtenir la « suffisance des données », c'est-à-dire d'effectuer des entretiens, de les analyser de manière verticale puis horizontale afin de faire émerger des thèmes ou catégories et des sous catégories (12). Une fois que les entretiens ne font plus émerger de nouvelle catégorie, on est arrivé à une suffisance des données. Les 12 entretiens réalisés semblent avoir suffi à apporter à l'étude des catégories avec une suffisance des données.

II.1.3. Objectivité ou Fiabilité

L'objectivité exige l'opérationnalité, la manipulation du phénomène, de même que des conditions de recherche maximisant la prédiction et le contrôle. Il s'agirait donc d'une méthode impartiale ou d'une attitude qui consiste à s'en tenir aux données objectives, à savoir celles qui sont contrôlables par les sens, écartant de ce fait les données de l'expérience vécue. Ceci étant de toute évidence difficile en recherche

qualitative (et d'ailleurs souvent contraire à son but ultime ; Drapeau et Letendre, 2001), les chercheurs tentent une appréhension la plus complète possible de l'ensemble du phénomène, y compris de l'impact de leur présence (12).

La confrontation protocolisée et systématisée des données analysées subjectives de cette étude, en aveugle par le directeur de thèse et le thésard, a essayé d'assurer une fiabilité et de minimiser le biais d'interprétabilité.

II.2. Points forts :

II.2.1. Etude qualitative :

La force de l'étude réside dans le fait qu'elle soit qualitative, elle vise à comprendre le rapport du sujet au fait, et non de comprendre le fait lui-même. L'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leur pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs ; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent (4).

II.2.2. Triangulation des chercheurs :

Comme dit plus haut, dans la partie fiabilité, la force de l'étude réside aussi dans le fait que les données subjectives des chercheurs ont pu être analysées en aveugle (chacun de son côté) puis comparées lors de réunion (mise en commun des données) pour éviter le biais de surinterprétation.

II.2.3. Triangulation des contextes :

La possibilité d'avoir eu recours à un recrutement via le réseau RevesDiab, ainsi que chez des médecins généralistes, a permis d'avoir des entretiens de patients de milieux différents, de catégories socioprofessionnelles différentes, qui pratiquaient ou non une AP, qui n'avaient pas forcément les mêmes traitements médicamenteux, ni les mêmes complications ou comorbidités. Ceci a permis de voir que les résultats soulevés par cette étude n'étaient pas dépendants d'une catégorie de patients.

II.3. Points faibles :

II.3.1. Biais de sélection :

Les patients qui ont participé à l'étude étaient tous volontaires, de ce fait seul les patients les plus motivés ont participé à l'étude, ce qui crée un biais dans cette étude qui cherche à étudier des facteurs déterminants de la motivation à réaliser une AP. Il serait intéressant lors des entretiens motivationnels d'évaluer la motivation de chaque patient, en comprenant aussi ceux qui ne sont pas volontaire.

II.3.2. Biais du chercheur :

Le chercheur principal est lui-même médecin remplaçant d'une partie des patients recrutés ce qui a pu biaiser certaines réponses d'entretien, même si le chercheur s'est présenté de façon neutre comme étudiant pour limiter ce biais.

Bien que nous nous sommes appuyés sur de solides références dans le domaine de la recherche qualitative (4,5,12,16), l'expérience du thésard et de son directeur de thèse en cette matière est toute nouvelle, ce pourquoi on pourrait émettre quelques réserves sur les résultats obtenus.

III. Comparaison avec la littérature :

III.1. l'expérience sociale, l'APA et l'expérience positive de vie.

La littérature est exhaustive sur la promotion de l'AP chez les diabétiques de type 2 et est bien ancrée dans la gestion du diabète du point de vue de la société savante. Les recommandations de l'OMS (17, 24) ou de la HAS sont maintenant très détaillées et associent des sessions d'AP avec renforcement musculaire 2 à 3 fois par semaine par durée d'au moins 10 minutes et des sessions d'AP modérée à intense d'au moins 150 min jusqu'à 300 minutes par semaine. Des recommandations qui sont souvent non respectées par la population non diabétique. Alors avec tous les facteurs psycho-socio-culturels qui gravitent autour de l'orbite des patients diabétiques de type 2, on peut comprendre pourquoi il est difficile de se tenir à ses recommandations.

La notion de l'APA prend donc une réelle importance dans l'accompagnement de la gestion du patient DT2. Cette pratique adaptée n'est pas intuitive dans le raisonnement du patient DT2, et le fait d'avoir une AP inadaptée tend souvent à renoncer à l'AP.

De la même manière, il semblerait que les résultats de notre étude place le coach médico-spécialisé comme un soutien psychologique dans la gestion de l'AP du patient DT2. Il conseille, accompagne et montre les gestes à effectuer, de sorte à ce que le patient DT2 se sente rassuré et en sécurité. L'ensemble pourrait s'inscrire dans une pratique d'AP dans un environnement global adapté pour la condition psychologique et physique du patient DT2, qui se traduirait par un vécu émotionnel positif, favorisant le maintien de cette activité dans le temps.

De même, plusieurs études convergent dans le sens de nos résultats quant au soutien de la famille et de l'entourage pour l'observance des règles diététiques et la pratique d'une AP (31). Seule différence de notre étude, le patient DT2 considère l'aidant principal à initier et maintenir une AP comme étant le conjoint.

Une revue systématique révèle une influence positive, des programmes d'adhésion à l'AP sur 8 articles. Dans cette revue, il y a seulement 2 études qui parlent de l'influence de la dimension affective pour promouvoir l'AP chez les seniors. Les résultats de cette revue de littérature ont souligné l'importance que peut avoir la dimension interpersonnelle sur le niveau d'adhésion de la personne âgée à l'AP. Si les contenus sont très hétérogènes d'une étude à l'autre, il semble que l'intervention d'autrui reste une constante observable dans chacun des programmes, prenant des formes diverses telles que, principalement, l'accompagnement par un tiers numérique (tablette numérique, applications sur Smartphone, vidéos), l'utilisation des relations paritaires et de l'influence du groupe, l'incitation par la communication et l'influence d'un spécialiste (Coach médico-spécialisé ou groupement de médecins effectuant l'étude). Les résultats de cette revue systématique de la littérature concernant la promotion d'AP chez la personne âgée confirment alors l'idée que l'influence de la dimension interpersonnelle est une variable incontournable de la promotion de l'activité physique chez les personnes âgées (6).

L'influence interpersonnelle semble avoir été utilisée principalement au travers de la dimension affective, à savoir, l'intervention d'un tiers pour influencer l'expérience émotionnelle : encouragements, réconforts, exercices de développement des habiletés de contrôle émotionnel, restructuration cognitive par réévaluation du vécu du vieillissement.

Deux études ont utilisé une approche de la régulation émotionnelle interpersonnelle. Premièrement, Tennstedt et al. (1998) ont montré un effet bénéfique d'un programme de promotion de l'AP chez les personnes âgées, basé sur la diminution des émotions désagréables provoquées par l'idée de pratiquer une AP. Dans cette étude, la diminution de la peur de la chute a favorisé l'engagement dans l'activité physique. La dimension affective peut donc être un premier obstacle à réguler, en amont de toute intervention motivationnelle. Ceci tendrait alors à confirmer l'influence des émotions positives sur les comportements d'engagement (Ferrand et al, in press ; Tugade & Fredrickson, 2002) et invite naturellement les futurs programmes de promotion de l'AP chez les seniors à adopter une telle approche. Dans ce sens, Wolf et al. (2014) ont également montré qu'aider les personnes âgées à réévaluer positivement le vécu du vieillissement était associé à une amélioration du niveau d'adhésion au programme proposé.

Les approches employées dans ces deux études peuvent alors être assimilées à une régulation interpersonnelle au travers de la réévaluation cognitive, considérée comme une forme de changement cognitif au sens du modèle processuel de la régulation émotionnelle (Gross, 1998). Elles ouvrent alors des perspectives innovantes relatives à la promotion de l'activité physique chez les seniors, qui sembleraient pouvoir bénéficier d'interventions basées sur une régulation interpersonnelle des barrières affectives, pouvant être parfois plus importantes que les motivations relatives au fait de pratiquer (7). Cette revue de la littérature invitait les futurs travaux scientifiques à utiliser les cadres de la régulation interprofessionnelle afin d'identifier des barrières affectives entravant l'AP chez les personnes âgées. Dans notre étude spécifique aux personnes DT2, nous n'avons pas pu mesurer un tel changement cognitif. Nous avons remarqué plutôt l'inverse, à savoir des patients DT2 qui semblaient pris au piège de la maladie, des conséquences de cette dernière, c'est-à-dire la dépression, l'anxiété, les projetant dans un sentiment de vulnérabilité. On peut voir un recoupement avec nos résultats et cette dimension interpersonnelle, que l'on a appelé plus modestement l'expérience sociale. Il semblerait que notre étude identifie le conjoint du patient DT2 comme un acteur clé dans la motivation à la pratique de l'AP. Le conjoint permettrait la rupture avec l'isolement face à l'AP et la maladie du DT2 et semble être un soutien psychologique. Le conjoint étant la personne la plus proche du patient, elle peut

identifier les barrières affectives que les patients DT2 rencontrent. Le conjoint reste cependant extérieur à la dimension émotionnelle de la maladie ce qui pourrait permettre d'initier de manière régulière des sessions d'AP. Cette notion semble nouvelle par rapport à la littérature actuelle. A l'inverse, dans certains cas le fait de ne pas avoir de conjoint qui s'investissait dans l'AP/la gestion de la maladie, rendait plus difficile l'initiation et le maintien de l'AP (Entretiens 5, 8, 9,10, 12).

III.2. Sentiment de vulnérabilité et d'impuissance

Nombreuses sont les études qui mettent en avant que la prévalence de personne dépressives est plus grande dans la population diabétique tous types confondus. (9, 10,20)

Un article écrit par S. Sultan et al, qui parle de l'autorégulation comportementale chez le patient DT2, met en avant que les difficultés à vivre avec un diabète, à s'adapter au statut de malade engendre souvent des troubles émotionnels persistants. Où l'exemple de la dépression est particulièrement frappant : on estime que la dépression (épisode dépressif majeur, DSM IV) touche une personne diabétique sur cinq, trois fois plus que dans la population non diabétique, la majeure partie de ces dépressions restant non diagnostiquées et non traitées, alors que les outils de diagnostic et de dépistage restent les mêmes que dans la population non diabétique. La dépression peut rendre l'autorégulation comportementale beaucoup plus difficile. Les sentiments de désespoir et d'impuissance qui caractérisent cette affection contribuent à un cercle vicieux impliquant une autorégulation défaillante, un contrôle glycémique moindre, et une aggravation de la dépression (29). Nous trouvons ici des similitudes avec notre étude, nous avons pu constater cette dépression et cette vulnérabilité chez ces patients, mais si nous n'avons pu faire un lien direct avec l'AP, il semblerait que la dépression maintienne une « démotivation », une « inertie » face à l'AP et nous pouvons comprendre comment le sentiment de vulnérabilité physique (lié au DT2) et psychologique (lié à la dépression) forgent un cercle vicieux, une spirale où l'AP apparaît non plus comme une aide mais au contraire une épreuve supplémentaire à affronter pour ces patients DT2.

Cet article ne parle pas de la gestion du diabète par l'AP. Dans notre étude on reprend l'hypothèse de S.Sultan et al, que la détresse émotionnelle et les préférences adaptatives gênent l'adoption de comportement de soins. On a pu voir

que les représentations de la maladie et de ses complications, que se font les patients DT2, semblent jouer dans la décision d'un changement de comportement.

Dans l'entretien N°12, M. C, nous dit qu'elle est déprimée, non pas en rapport avec son diabète récent (2 ans) mais plutôt à cause de sa lombalgie chronique qu'elle a depuis longtemps, qui impacte son quotidien et qu'elle n'arrive pas à contrôler. Le diabète n'est pas responsable du syndrome dépressif, mais on peut comprendre comment une maladie chronique (ici la lombalgie chronique) rend la patiente vulnérable et impuissante face à l'AP, et soit à la base de son syndrome dépressif. Cela souligne la relation entre la maladie chronique diabétique ou non et le sentiment de vulnérabilité et d'impuissance, peut conduire à un syndrome dépressif. Nous avons ici un cas limite à notre étude, la dépression n'est pas le fait du diabète, et l'inactivité n'est pas due qu'à la dépression, mais d'une comorbidité qui est fréquente dans cette tranche d'âge. Cela pourrait être une affection cardiaque, pulmonaire, ou neurologique. Mais la problématique de l'accès à l'AP reste la même, les malades chroniques devraient tous pouvoir accéder à une APA qui limiterait les effets négatifs de la maladie. Ainsi notre étude limitée au DT2 retrouve des problématiques qui sont partagées par de nombreux patients atteints de pathologies chroniques. S'il nous semble que cette limite au DT2 est un point faible, elle semble trouver une convergence avec d'autres pathologies chroniques, par l'effet psychologique de la chronicité des pathologies sur la vie quotidienne.

III.3. Défaut cognitif et renoncement à l'AP

Si la littérature associant diabète de type 1 et activité physique et sportive est importante, elle se révèle plus pauvre concernant le diabète de type 2. Cette littérature a pour particularité de faire référence à une population qui est souvent plus jeune regroupant des adolescents et des jeunes adultes, de ce fait elle ne décrit pas la même population que celle des patients diabétiques de type 2, plus âgée.

Les études sur l'obstacle à l'AP dans leur dimension sociétale ont déjà été réalisées, et leurs résultats sont très bien synthétisés dans une étude canadienne qui comprend un grand nombre de patients (2500 canadiens et canadiennes) (19). Elle ne s'était cependant pas intéressée à la dimension psychologique et cognitive des facteurs de renoncement à l'initiation ou du maintien d'une AP. C'est dans ce sens que nous voulions compléter ce manquement par une étude qualitative.

Dans l'article cité plus haut, écrit par S. Sultan et al, qui parle de l'autorégulation comportementale chez le diabète de type 2, les résultats obtenus se recourent avec ceux de notre étude. Ils mentionnent le fait que la spécificité du travail de la maladie chez la personne diabétique de type 2 résulte de l'originalité de la maladie elle-même, de son caractère asymptomatique et invisible. Pour le sujet diabétique, le problème essentiel réside dans la localisation de son angoisse et la recherche d'un support à celle-ci. Le corps semble ici faire défaut au sujet : l'absence d'inscription corporelle, de mémoire corporelle, constitue une entrave à l'inscription psychique et donc à la représentation imaginaire de la maladie diabétique.

Or, se représenter la maladie n'est pas uniquement nécessaire pour aborder la question du traitement, de la prévention secondaire, etc., mais est aussi central du point de vue de la personne elle-même pour s'approprier la maladie, l'état d'être malade. (29) Effectivement si le patient malade ne se sent pas malade, cela peut aller à l'encontre d'un changement de comportement du patient, qui n'initiera pas une AP comme on l'a vu dans les entretiens N°1 et 9.

Les actions des patients sont gouvernées de manière disproportionnée par les résultats de court terme : ils sont rarement prêts à accepter d'assumer des contraintes et des coûts dans le présent pour se protéger d'un danger à long terme, surtout si le danger n'est pas certain (29).

Lors de notre travail de recherche préparatoire, nous avons pu inviter des coachs médico-sportifs, et j'ai pu en rencontrer d'autres au sein de l'association Revesdiab. Ceci nous a permis d'explorer la problématique sous l'angle de la motivation. Premièrement, il apparaît que la motivation est un élément à construire dans le travail quotidien de l'entraînement accompagné (« coaching »). Deuxièmement, nous voulions répondre à plusieurs questions : Comment pourrions-nous faire croiser les points de vue patients/médecins/coachs ? Comment inscrire les résultats de notre étude dans une approche théorique qui éclaire les interactions entre motivations/démotivations et engagement dans une AP ? Comment écrire une narration comme résultat d'étude qui intègre ses différents niveaux psychologiques, cognitifs, et sociaux dans une complexité.

Enfin, est ce que notre approche narrative et complexe pourrait tenter de changer les pratiques du médecin généraliste prescripteur qui n'est pas forcément un sportif, ou qui n'a pas de compétence particulière dans ce domaine. Ce travail pourrait-il apporter un éclairage, une réflexion sur les stratégies d'interventions ?

Pour essayer d'y répondre, nous avons trouvé de l'aide dans le travail de Fabien Fenouillet, principal auteur, professeur spécialisé en psychologie cognitive à l'université Paris-Nanterre, qui a axé le cœur de sa recherche sur la motivation, en proposant une approche intégrative de la motivation (Fenouillet) (14).

A partir du schéma du modèle intégratif de la motivation, il décrit 2 espaces : la motivation et la volition.

Le temps de la motivation est séparé du temps de la volition. Ils sont séparés l'un de l'autre par la décision, le moment du choix.

Alors que l'espace de la motivation est la phase pré-décisionnelle, marqué par la supputation et la prédiction. La phase de motivation est lieu de l'expectative et de la stratégie naissante, mais aussi du renoncement. La prédiction c'est la capacité du sujet à se projeter dans l'avenir en fonction de l'éventualité d'une décision qu'il n'a pas encore prise.

La volition forme l'espace post-décisionnel, il est souligné par l'engagement, l'attente, le développement d'une stratégie, d'un comportement qui tend vers l'obtention d'objectifs définis et attendus.

Il ne suffit pas d'avoir un but et un motif pour être motivé et réaliser une prise de décision, il faut aussi considérer sa réalisation dans le futur. (Annexe n° 4 : figure modèle intégratif de la motivation, p.61)

Nous avons tenté de croiser nos résultats avec ce modèle intégratif, pour proposer une synthèse de notre travail qui inclut comme ultime triangulation l'incorporation de nos résultats de recherche à ses approches théoriques récentes et nouvelles (Voir schéma explicatif, Annexe n°5 p.62-63).

Nous rangeons ici notre thématisation en motifs, pour reprendre les énoncés de Fenouillet.

D'abord, les motifs favorisant l'engagement dans une pratique de l'AP, sont l'expérience positive de l'AP, le ressenti d'un bien-être physique, la recherche du lien social, la rupture du quotidien, la connaissance des modalités de gestion de sa maladie et la perception d'un sentiment de réussite par le contrôle de sa maladie.

Puis les motifs, formant un obstacle au développement de l'AP, sont les obstacles psychologiques (sentiment de vulnérabilité et d'impuissance liés à la représentation de leur maladie), comme un syndrome dépressif, du vécu personnel négatif de l'AP (Inhibition face à l'AP par peur de la blessure ou du malaise, peur d'aggraver la maladie) et/ou d'un obstacle cognitif (la méconnaissance de la maladie, la méconnaissance des bienfaits de l'AP sur la glycémie).

Ses motifs allant influencer la prédiction, où le sujet pèse le pour et le contre pour effectuer un choix. Les attentes du patient définissent ses objectifs. Sans but, le patient ne peut pas se projeter dans son AP. De cette pesée de pour et de contre se décide soit le renoncement à l'AP, soit un engagement ou un changement de comportement qui s'associe à un choix de stratégie. C'est la définition des objectifs, de l'engagement et du choix de la stratégie qui va impliquer le choix d'une APA et de démarrer le processus d'AP. Ce processus va être maintenu si la perception des résultats est positive, ou va amener au renoncement de l'AP si les résultats ne correspondent pas aux attentes définies lors de la phase pré-décisionnelle.

C'est par ce modèle qu'on propose des stratégies d'intervention pour la pratique du médecin généraliste dans la partie qui suit.

IV. Implication pour la pratique et perspectives d'amélioration

IV.1. Le rôle du médecin traitant prescripteur d'APA.

Cette étude paraît très théorique, néanmoins en s'appuyant sur les travaux de Fenouillet de la motivation par l'approche intégrative et de nos réflexions basées sur nos résultats, une approche conceptuelle concrète pour la médecine générale pourrait être proposée.

Le rôle du médecin traitant est de prescrire une APA en adressant le patient à un coach médico-spécialisé. Il s'assurera que le patient DT2 ne se met pas en danger en réalisant une AP en évaluant tout d'abord sa condition physique en tenant compte

de ses FDRCV. Il demandera au préalable des explorations complémentaires pour évaluer le risque cardiovasculaire notamment un ECG de repos, une échographie doppler des axes artériels (TSA et MI), une épreuve d'effort et un avis spécialisé cardiologique si besoin. Il effectuera dans un second temps par une approche centrée patient l'évaluation des obstacles psychologiques possibles liés au diabète de type 2 à savoir un syndrome dépressif (échelle d'Hamilton) et prendra en charge son traitement si besoin. Il évaluera aussi les obstacles psychologiques possibles liés à l'AP en explorant les motifs qui poussent à choisir l'inaction. Le sentiment de vulnérabilité, la peur de la blessure, d'un malaise en rapport à une expérience vécue comme négative dans leur passé, de leur représentation de l'AP par rapport à leur maladie, peuvent générer un sentiment d'angoisse venant aggraver la situation (Notion de peur de refaire du vélo, car sentiment d'angoisse par rapport à une douleur thoracique).

Conjointement au coach, il sensibilisera le patient DT2 à l'éducation thérapeutique et au contrôle du diabète par l'AP en informant des conséquences de l'AP sur la glycémie (Mesure de la glycémie avant et après l'effort, conduite à tenir en cas d'hypoglycémie). Il informera aussi des conséquences de l'AP sur le risque transitoire cardiovasculaire, le fait d'initier l'AP de manière progressive, et de mesurer sa fréquence cardiaque.

Enfin il réévaluera la prescription d'APA en prenant compte des effets secondaires de l'AP (tendinites, asthénie, courbatures, etc.), du degré de motivation, et des attentes du patient.

IV.2. Le rôle du coach médico-spécialisé

Les recherches sur l'« assignation d'objectif » (Latham & Locke, 2007) dévoilent que la présence d'un but ne suffit pas pour atteindre certains niveaux de performances. Pour que la motivation ait un impact sur la performance, il faut que l'individu sache comment s'y prendre pour réaliser l'activité. Si l'individu ne connaît pas la meilleure stratégie à mettre en œuvre, le fait de le motiver au travers de l'assignation d'un objectif peut même être contre-productif (Earley & Perry, 1987)(14).

En partant de ce postulat, nous comprenons comment le patient DT2 peut être facilement découragé lorsqu'il est confronté à nos recommandations et à l'initiation

d'une AP. Si le patient DT2 n'a jamais fait d'AP dans son enfance/adolescence ou à l'âge adulte jeune (ce qui est fréquent dans nos entretiens), il va avoir du mal à s'orienter et à concevoir des attentes de l'AP. La non-connaissance de la meilleure stratégie pour réaliser l'AP et la non-connaissance de la maladie va plutôt les amener à choisir l'inaction.

C'est dans ce sens où le rôle du coach médico-spécialisé semble très pertinent pour accompagner le patient DT2 dans l'initiation de son AP. Il aura des compétences pour lui montrer son but et comment l'atteindre, évaluer ses compétences physiques en fonction de sa maladie, débiter une mise en route progressive en montrant au patient DT2 des exercices adaptés dans une ambiance ludique et sereine où le patient se sentira en sécurité. Il prendra en compte sa dimension psychologique et sa dimension sociale afin d'adapter un programme d'APA le plus adapté au patient.

De plus, des entretiens motivationnels seront réalisés à intervalles réguliers par le coach, pour réévaluer le niveau de compétence, le niveau de motivation et surtout faire prendre conscience au patient DT2 des résultats obtenus aussi infimes soient-ils au début. C'est dans cette optique que nous pensons que le patient DT2, maintiendra une APA régulière dans le temps.

IV.3. Collaboration du médecin traitant et des structures d'AP médico-spécialisées

Actuellement, il existe un groupement de coopération sanitaire "GCS Réseau Régional Diabète R2D" aux côtés des associations Diabète92 et RevesDiab et de la Fédération des diabétiques Français qui ont pour mission de faciliter la coordination entre les différents intervenants des champs sanitaires et sociaux investis dans les parcours de santé et d'éducation des patients. Ils ont aussi pour mission de faciliter l'accès des patients à diverses prestations, notamment paramédicales ainsi que de développer l'éducation thérapeutique des patients (ETP), en favorisant la participation du malade et son implication dans la gestion de sa maladie.

Ces réseaux sont tous accessibles via internet sur l'adresse suivante : <https://www.paris-diabete.com> ; Certains s'occupent uniquement de l'ETP d'autres mettent plutôt en place des structures d'accueil des patients DT2 pour leur permettre

d'avoir une approche de l'AP avec un coach médico-spécialisé (réseau Revesdiab et Diabete92). Un formulaire est disponible en ligne pour adresser le patient DT2 à l'une de ses structures pour initier une APA. (Annexe n°6, pp.64-65)

Les relations entre les médecins généralistes et ses réseaux sont encore assez floues. On essayera d'avoir comme objectif futur d'améliorer la collaboration médecin généraliste et réseau GCS R2D par l'intermédiaire de notre informateur relais, en se référant au modèle intégratif de Fenouillet couplé à nos résultats. Cette collaboration visera à assurer la coordination et le suivi du patient DT2 au point de vue de son AP.

La perspective de communiquer directement avec les coachs médico-spécialisés comme n'importe quel autre spécialiste pourrait être intéressante pour la pratique des médecins généralistes qui peuvent être assez démunis face à un patient aux motivations floues.

Nous essayerons d'exposer nos résultats à l'équipe du réseau Revesdiab pour laisser entrevoir dans un premier temps une plus grande étude reprenant les mêmes modalités pour approfondir l'exploration des facteurs de renoncement à l'AP et d'avoir la participation des patients qui n'étaient pas volontaires à cette étude (biais de sélection). Et dans un second temps, essayer de proposer des prescriptions standardisées en prenant en compte les différences entre chaque patient, notamment des complications du diabète que peuvent avoir certains patients.

En fonction des résultats, pouvoir généraliser ce système à l'ensemble du territoire national, permettrait d'aider les médecins généralistes à optimiser leur pratique en motivant des conditions propices au développement d'AP, en prenant en compte les craintes premières des patients DT2 et d'améliorer leur suivi pour favoriser le maintien d'une APA dans le cadre de leur prise en charge ALD.

CONCLUSION

Notre étude a permis de mettre en évidence des facteurs psychologiques et cognitifs de renoncement dans la mise en route d'une AP et dans le maintien de celle-ci. Nous avons mis en évidence les facteurs d'ordre du vécu et de l'émotion qui sont l'isolement face à l'AP, l'expérience négative de l'AP lorsqu'elle était inadaptée qui renvoyait le patient à un sentiment de vulnérabilité et d'impuissance du fait de son âge mais aussi de sa maladie. Ce vécu émotionnel pourrait conduire à un syndrome dépressif qui lui-même influence de façon négative la mise en route de l'AP.

Nous avons mis en évidence des facteurs d'ordre cognitif qui sont la méconnaissance de la maladie diabétique et la méconnaissance de l'influence de l'AP sur leur maladie, qui conditionnaient un état de passivité vis-à-vis de l'AP.

En plus de répondre à notre question de départ, l'étude a permis d'entrevoir des facteurs facilitant l'initiation à l'AP et au maintien de celle-ci. La dimension interpersonnelle regroupant les encouragements de l'aidant principal (le conjoint) où pratiquer l'AP dans un lieu encadré et adapté à leur condition, supervisé par un coach médico-spécialisé rendait possible une AP durable dans le temps.

La dimension psychologique et le poids émotionnel de la maladie du diabète de type 2 rendraient l'approche de l'AP difficile, surtout pour des personnes n'ayant pas eu d'expérience positive par le passé en faisant une AP. Nous voyons la place du coach médico-spécialisé comme essentielle dans l'accompagnement du patient dans l'initiation à la pratique d'AP afin de maximiser les émotions positives lors de la reprise de l'AP après une longue période d'inactivité.

Notre étude propose une approche conceptuelle de la motivation de l'AP chez les patients DT2 en reprenant le modèle intégratif de la motivation de Fenouillet, et en proposant des stratégies dans notre pratique de tous les jours.

Notre étude peut être critiquée dans le sens où l'ensemble des facteurs psychologiques et cognitifs n'ont pu être découverts du fait du biais de sélection de nos patients interviewés, du fait du biais du chercheur novice et du fait de l'immensité du champ de recherche sur le sujet.

Dans le futur, la recherche pourrait tenter de répondre à plusieurs questions :

- L'approfondissement par l'étude du vécu émotionnel des patients DT2 accompagnés ou non d'un coach, et de tenter de comprendre comment l'AP réussit à renforcer le bien-être des patients malades ?
- Comment le coaching agit sur ses patients et les aide à surmonter leur crainte ? Cette étude viserait à obtenir le ressenti des patients quant à la réévaluation du maintien de l'AP par entretiens motivationnels. Cette étude pourrait être menée par un chercheur lors d'un programme coordonné par une structure type Revesdiab.
- Comment doivent travailler le coach et le médecin de concert pour soutenir l'AP autant au début que dans la durée ? La pleine expansion du métier de coach médico-spécialisé qui semble être en train d'émerger dans notre société où notre population se voit de plus en plus vieillir, et où le diabète de type 2 est de plus en plus fréquent, mérite d'être étudiée et d'être favorisée par le ministère de la santé pour mieux accompagner les patients DT2 dans leur vécu de l'AP.

Les conséquences de l'intrication de ses facteurs émotionnels semblent former l'un des enjeux majeurs de la prise en charge psychologique pour le développement de l'AP des patients malades.

BIBLIOGRAPHIE

(1) American college of sport medicine, behavioral theories and strategies for promoting exercise, guidelines for exercise testing and prescription, 10th edition, wolters kluwer, 2018, 472 p.

(2) Bacquaert P, Bacquaert A, Les bienfaits de l'activité physique « Prévention santé par l'activité physique en NPDC » IRBMS/RSSBE, Octobre 2012, consulté le 17/09/2019, en ligne, <https://www.irbms.com/wp-content/uploads/2012/11/bienfaits-de-lactivite-physique.pdf>

(3) Belhaddad B. Mission « flash » relative à la prescription d'activités physiques à des fins thérapeutiques,

Mercredi 31 janvier 2018, en ligne, consulté le 27/06/2018, http://www2.assemblee-nationale.fr/content/download/63488/641692/version/1/file/Communication_missionflash-prescriptionactivitesphysiques_18_01_31.pdf

(4) Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. Recherches qualitatives 2006; 26(2): 1-18

(5) Blanchet A, Gotman A, l'enquête et ses méthodes, l'entretien, 2e édition, Armand Colin, 2011, 126 p.

(6) Campo M. et al. « Promotion de l'activité physique chez les seniors. Revue systématique des programmes d'intervention centrés sur les barrières affectives », Staps, vol. 110, no. 4, 2015, pp. 115-127.

(7) Centre européen de l'étude du diabète, le diabète : où en somme nous ? En ligne, consulté le 30/05/2018, <http://ceed-diabete.org/fr/le-diabete/les-chiffres/>

(8) Chiang S; Heitkemper M; Hung Y. and al, Effects of a 12-week moderate-intensity exercise training on blood glucose response in patients with type 2 diabetes: A prospective longitudinal study, Medicine, septembre 2019, 98(36): e16860

(9) Consoli S-M, Barthélémy L.M, Idtaleb L, and al, Perception et vécu émotionnel de la maladie et de ses traitements par des patients ayant un diabète de type 2 et en

population générale Illness and treatment perception and emotional experience by patients living with a type 2 diabetes and general population, Médecine des Maladies Métaboliques, Juin 2016, Elsevier 10 : Pages 364-375

(10) Consoli S-M. Qualité de vie, impact émotionnel et fardeau ressenti par les personnes vivant avec un diabète et leurs proches, dans l'étude DAWN2TM, Quality of life, emotional impact and perceived burden in people with diabetes and their family members: Results from the DAWN2TM study, Médecine des Maladies Métaboliques, Decembre 2013, Elsevier, 7 : S1 pages S17-S24

(11) Décret n° 2016-1990 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée, du 30 décembre 2016, en ligne consulté le 30/05/2018, https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=55477EECF5BB0263C26EC47D7A266BD1.tpdila19v_1?cidTexte=LEGITEXT000033824850&dateTexte=20161231&categorieLien=cid#LEGITEXT000033824850

(12) Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative Science-like criteria in qualitative research, 2004 pratiques psychologiques, Elsevier, 10 : 79–86

(13) Eime RM, A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for adults: informing development of a conceptual model of health through sport, Int J Behav Nutr Phys Act. 2013 Dec 7;10:135. doi: 10.1186/1479-5868-10-135.

(14) Fenouillet F. vers un approche intégrative des théories de la motivation, traité de psychologie et de la motivation, 2^e édition, Malakoff, Dunod 2019, p310.

(15) Gera E. N, Barriers and Facilitators for Health Behavior Change among Adults from Multi-Problem Households: A Qualitative Study, International Journal of Environmental Research and Public Health, 15 October 2017, 14, 1229

(16) Hallée Y, Ph.D., les enjeux méthodologiques des recherches participatives, La participation des acteurs dans l'analyse et la validation des données : une approche pragmatiste, recherches qualitatives, Association pour la recherche qualitative, 2012, Hors Série numéro 13 pp 55-72. en ligne, consulté le 28/09/2019, <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>

(17) HAS, Prescrire l'activité physique: un guide pratique pour les médecins
Article has - Mis en ligne le 17 oct. 2018, consulté le 23/09/2019, en ligne,
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2875944/fr/prescrire-l-activite-physique-un-guide-pratique-pour-les-medecins

(18) INSERM, activité physique contexte et ses effets sur la santé, expertise collective contextes sociaux et motivations, facteurs déterminants de l'environnement, et stratégies de promotion de l'activité physique, inserm 2008, pages 59-141.

(19) Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, les obstacles à l'activité physique, progress en prevention, bulletin numero 4, pdf, en ligne, consulté le 2/11/2018,
<http://www.cflri.ca/sites/default/files/node/193/files/pep04.pdf>

(20) Kolsi B, Ben Abdallah R. Ammar M. and al, Evaluation de la dépression chez les adolescents diabétiques : 25 cas, annales d'endocrinologie, septembre 2016 Elsevier, 77 : pages 499

(21) Liu SX, Zheng F, Xie KL and al, Exercise Reduces Insulin Resistance in Type 2 Diabetes Mellitus via Mediating the lncRNA MALAT1/MicroRNA-382-3p/Resistin Axis, Mol Ther Nucleic Acids. 2019 Aug 7;18:34-44

(22) Mendes R, Sousa N, Almeida A, et al, Exercise prescription for patients with type 2 diabetes—a synthesis of international recommendations: narrative review, Br J Sports Med 2016, 50:1379–1381.

(23) OMS, organisation mondial de la santé, L'activité physique des personnes âgées, Recommandations les personnes âgées de 65 et plus, en ligne, consulté le 27/09/2019, https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/

(24) OMS, organisation mondial de la santé, Qu'entend-on par activité physique modérée ou intense? Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, en ligne, consulté le 23/09/2019, https://www.who.int/dietphysicalactivity/physical_activity_intensity/fr/

(25) ONAPS, Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, boîte à outils et ressources, définitions, MET, en ligne, consulté le 23/09/2019, <http://www.onaps.fr/boite-outils-et-ressources/definitions/>

(26) ONAPS, Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, chiffres clés, en ligne, consulté le 25/06/2018, <http://www.onaps.fr/chiffres-cles/>

(27) ONAPS, Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, sport santé sur ordonnance, contexte et exemples de mises en oeuvre , octobre 2017, en ligne consulté le 27/06/2018, http://www.onaps.fr/data/documents/Onaps_PRN2SBE_Sport-sur-ordonnance.pdf

(28) PAILLE P, MUCCHIELLI A, L'analyse qualitative en science humaines et sociales, l'analyse par questionnement analytique, 4e édition, Malakoff, ARMAND COLIN, 2016, chapitre 10, page 211-233, 430p.

(29) Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health educ Q.* 1988;15(2):175-83

(30) Stuij M, Conflict between diabetes guidelines and experienced counselling in sports and physical activity. An exploratory study, *The European Journal of Public Health*, 2016, Vol. 27, No. 1, 157–159, en ligne, consulté le 30/05/2018, <https://academic.oup.com/eurpub/article-abstract/27/1/157/2622416>

(31) Virally M, Hochberg G, Eschwege E, and al, Enquête Diabasis : perception et vécu du diabète par les patients diabétiques: Diabasis survey: Patients' life experience and perception of the disease, *Médecine des Maladies Métaboliques* December 2009, Elsevier, Volume 3, Issue 6, Pages 620-623

(32) Wienke B, Jekauc D, A Qualitative Analysis of Emotional Facilitators in Exercise, *Frontiers in psychology*, 2016; 7: 1296. en ligne, consulté le 29/06/2018, <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.01296/full>

ANNEXES

Annexe n°1 : Guide d'entretien

Bonjour, comme je vous ai expliqué lors de l'entretien téléphonique, je m'appelle David Ménard, je suis étudiant en médecine à l'université de Paris 12 à Créteil, et je vous ai contacté pour participer à l'étude de ma thèse qui me permettra de devenir docteur en médecine.

Le thème de ma thèse porte sur la pratique du sport.

Le but de notre rencontre est simple : c'est un moment d'échange ou je vais vous poser des questions.

Cet entretien il durera entre 30 à 40 minutes.

Etes-vous toujours d'accord pour m'aider à réaliser cette étude ?

Je vais enregistrer l'entretien à l'aide d'un dictaphone, êtes-vous d'accord, cela restera bien sûr anonyme. (Mise en route du dictaphone)

La question brise glace :

Thème 1 : exploration de la dimension socio-culturel vis-à-vis du sport.

Pouvez-vous me parler de vous ?

thème	relances
Temps donné à l'activité physique (AP)	<ul style="list-style-type: none"> - Est ce que vous pratiquez une AP ? - Est ce que vous trouvez des moyens pour planifier votre AP sans qu'elle n'entraîne un sacrifice ?
Le rôle des influences externes sur l'AP	<ul style="list-style-type: none"> - Est ce qu'il y a un membre de votre famille qui pratique une AP ? - Est ce que vous avez pensé à pratiquer une AP en famille entre amis, ou en association, si oui : comment ca s'est passé ? - Est ce que votre travail est physique ?

Thème 2 : exploration de la dimension psychologique du corps en relation avec la maladie.

Que pensez-vous de votre état de santé ?

Thème	relances
Obtenir une auto-description son état de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Vous sentez-vous en forme ? - Est ce que vous êtes limité pour faire une activité physique ? - Comment vous sentez-vous moralement ?
Exprimer le vécu de l'annonce	<ul style="list-style-type: none"> - Est ce que vous pouvez me raconter comment vous avez découvert que vous étiez diabétique ?
Savoir faire / contrôle de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce-que vous faites pour contrôler le diabète ?
Impact de la maladie sur le quotidien	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce-que le diabète a un impact sur votre vie ? - Le diabète a-t-il un impact moral ? - C'est comment de vivre avec le diabète ?
Perte de contrôle	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont vos incertitudes face à la maladie ? - Est-ce-que vous avez des conséquences néfastes de la maladie ? - Avant l'annonce de votre diabète étiez-vous actif ? - Maintenant que vous êtes diabétique comment voyez-vous l'activité physique ? comment l'envisagez-vous ? - Est ce que pour vous le diabète est une maladie grave ?

Thème 3 : Comment ses représentations psychologiques et sa connaissance du sport, lui permettent d'envisager de faire une AP avec sa maladie.

Pouvez-vous me raconter la dernière fois que vous avez pratiqué une AP ?

Thème	Relances
Sentiment d'échec, culpabilité, baisse d'estime de soi, pessimisme	<ul style="list-style-type: none"> - Quel a été votre sentiment avant d'initier la séance ? et pendant ? et après ? - Vous arrive-t-il d'avoir de longue période d'inactivité physique ? Si oui : Comment vous sentez-vous moralement et physiquement pendant cette période ?
La notion de perte (d'énergie, d'intérêt, de plaisir) et la notion d'évitement	- Etes-vous prêt à vous engager dans un activité physique régulière ? relances : qu'est-ce qui vous fait dire ça ?
Freins	<ul style="list-style-type: none"> - Pourriez-vous me raconter une situation qui vous a mis en difficulté lorsque vous avez pratiqué une AP ? - Quelles sont vos craintes lorsque vous faites une AP ? - Quelles sont vos attentes lorsque vous faites une AP ?

Thème 4 : Exploration de la reprise d'AP.

Est-ce que vous avez repris l'AP ? Si oui, comment ça s'est passé ?

Thème	relances
Motivations et freins	<ul style="list-style-type: none"> - Vous m'avez parlé de vos attentes, avez-vous atteint vos objectifs ? - Si échec : Comment expliquez-vous votre échec ? - Qu'est-ce qui vous donneriez envie de reprendre une AP ? - Est-ce qu'il y a une AP que vous pourriez faire sans trop d'inquiétudes ?

Thème 5 : Exploration de l'impact du sport sur le quotidien.

Selon vous, quel impact à l'AP sur votre santé ?

Thème	relances
Vécu intérieur positif/négatif	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous constaté des changements dans votre vie grâce à l'AP ? - Avez-vous ressenti des biens fait de votre AP ? - Avez-vous pris plaisir à faire du sport ?

A la fin de l'entretien : est-ce-que vous avez des choses à rajouter ?

Finalement quel est votre sentiment de notre entretien ?

Annexe n°2 : Tableau récapitulatif des obstacles socio-culturel à l'activité physique

Tableau 1 - les obstacles à l'activité physique

obstacles	pourcentages	Types
<i>Principaux obstacles</i>		
Manque de temps	69	Personnel
Manque d'énergie	59	Personnel
Manque de motivation	52	Personnel
<i>Obstacles moyens</i>		
Coût trop élevé	37	Personnel
Maladie ou blessure	36	Personnel
Manque d'installations dans les environs	30	Environnemental
Sentiment d'être mal à l'aise	29	Personnel
Manque d'habiletés	29	Personnel
Peur de se blesser	26	Personnel
<i>Obstacles mineurs</i>		
Manque d'endroits surs	24	Environnemental
Problèmes pour faire garder les enfants	23	Environnemental
Manque de partenaire	21	Environnemental
Manque de programmes	19	Environnemental
Manque d'appui	18	Environnemental
Problèmes de transport	17	Environnemental

Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, les obstacles à l'activité physique, progrès en prévention, bulletin numéro 4 (9)

Annexe n°3 : Tableau récapitulatif des thèmes et des sous thèmes.

Tableau 2 - Facteurs psychologiques et cognitifs influençant l'AP

Facteur influençant l'AP	Facteur de renoncement	Facteur facilitant
Thèmes	Sous thèmes	
Expérience Sociale	Isolement Coach non spécialisé	Tiers aidant Activité en groupe Recherche d'indépendance/liberté Recherche de lien social Rupture du quotidien
Expérience vécue de l'AP	Caractère ennuyeux de l'AP Etiquette diabétique Blessures/Malaises Changement d'habitude AP dangereuse	Notion de plaisir APA Entretien motivationnel Expérience de l'AP dans l'enfance Bienfaits de l'AP
Sentiment de vulnérabilité et d'impuissance	Baisse de performance Spectre de la dépression Notion de perte Fatalisme Négligence/image de soi Solitude face à la maladie Comorbidités Maladie invisible incurable menaçante	
Gestion de la maladie	Manque d'information Manque de confiance dans les normes et références glycémiques des laboratoires Maladie invisible Passivité Perte de contrôle	Acceptation de la maladie Relation entre l'AP et la glycémie Relation entre l'AP et perte pondérale Prise de contrôle par l'AP Information ETP

Annexes n°4 : modèle intégratif de la motivation (Fenouillet)

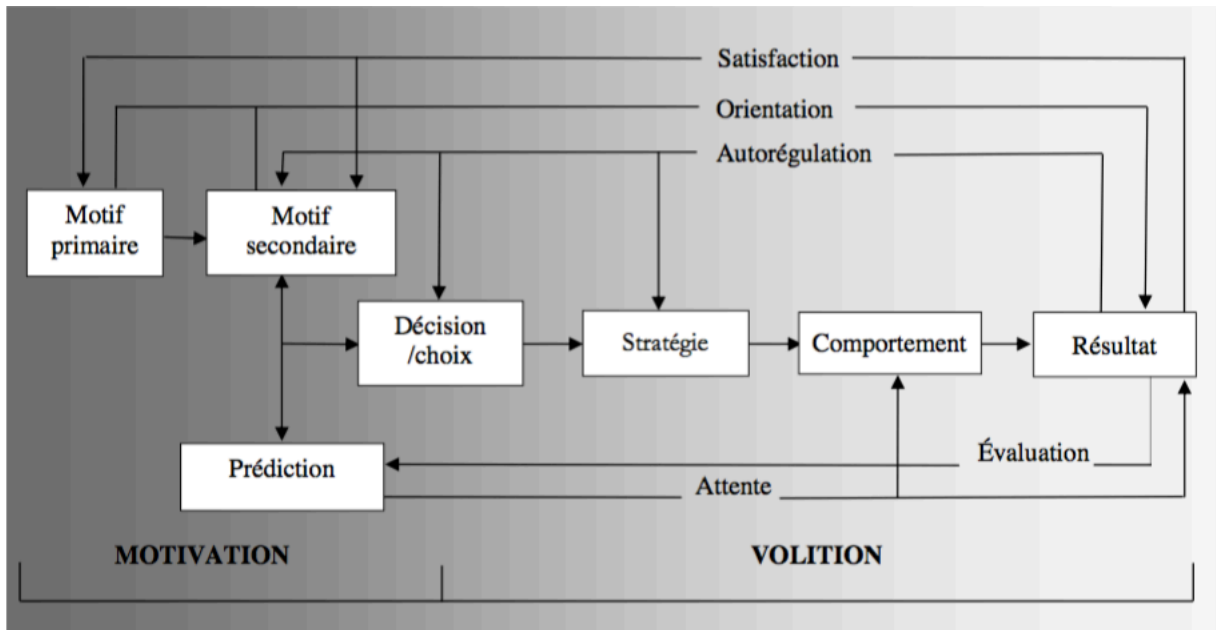
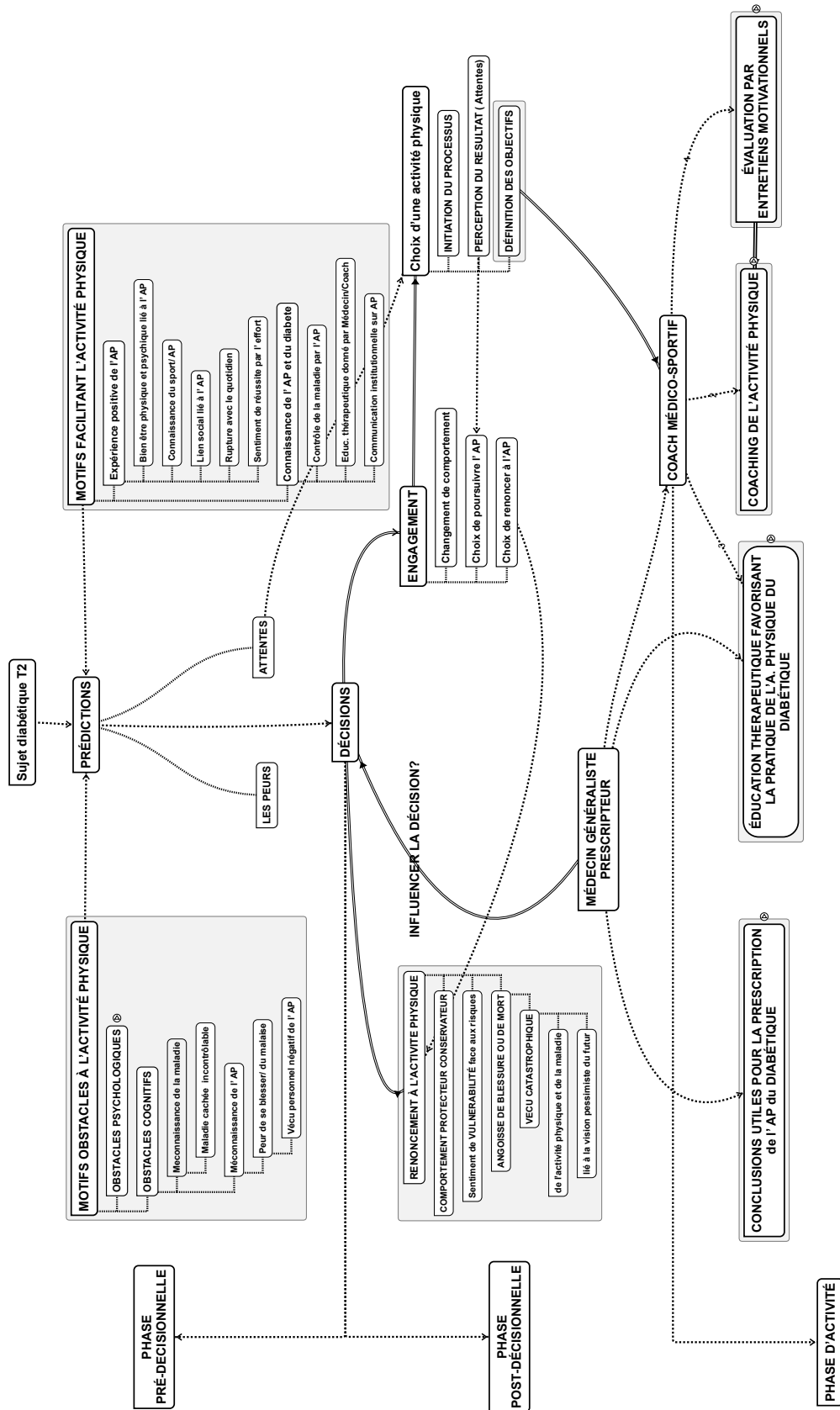
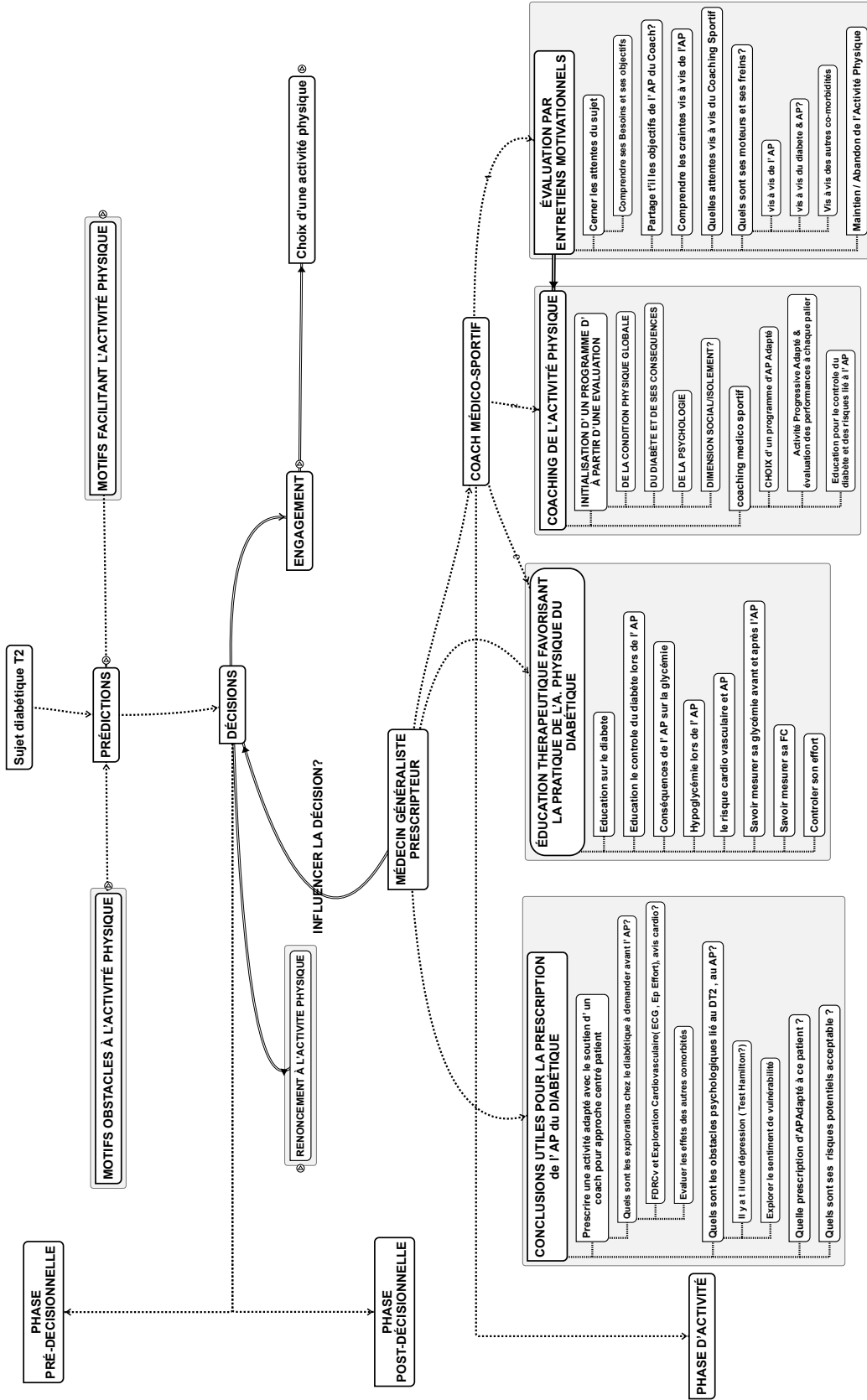


Figure 1. Modèle intégratif de la motivation

Fenouillet Fabien 2011 (14)

Annexe n°5 : Schéma en 2 parties de l'approche conceptualisante de la motivation d'un patient DT2 pour la pratique de l'AP.





Annexe n°6 : Formulaire d'adhésion au réseau Revesdiab.



Document d'information aux usagers

Le réseau de santé REVESDIAB s'adresse aux personnes adultes atteintes ou à risque de diabète de type 2, à leur entourage et aux professionnels de santé qui les prennent en charge. Membre du GCS Réseau Régional Diabète, il intervient sur les départements 77, 78, 91 et 94 et reçoit un financement de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France dans le cadre des dispositions légales concernant les réseaux de santé.

Toute personne respectant les critères d'inclusion peut être incluse dans le réseau en signant ce document et peut ensuite rectifier ses données ou sortir du réseau par simple notification, sans préjudice d'aucune sorte.

L'inclusion dans le réseau est gratuite. Les personnes incluses conservent le libre choix des médecins et des professionnels de santé qu'elles consultent pour les soins liés à leur diabète ou à toute autre pathologie.

Les prestations du réseau :

- des ateliers de groupe : diététiques, podologiques, infirmiers, cuisine, d'activité physique adaptée,
- des consultations individuelles avec un diététicien, un éducateur médico-sportif, des annuaires de professionnels de santé agréés (diététiciens, podologues),
- accès à des rétinographes pour le dépistage de l'atteinte visuelle due au diabète,
- un accompagnement personnalisé par un infirmier sur prescription de votre médecin traitant,
- une équipe de professionnels disponibles pour vous aider dans votre parcours et répondre à vos questions.

Pour vous permettre d'accéder à ces prestations, nous établissons un « Plan Personnalisé de Santé » à partir de vos réponses au Questionnaire PPS qui nous informe sur votre diabète et vos attentes.

Coordonnées du secrétariat :

Réseau REVESDIAB
4 rue Octave du Mesnil
94000 CRETEIL

09 71 53 64 81

contact@revesdiab.fr

REVESDIAB est membre du GCS Réseau Régional Diabète

Son territoire d'intervention :

Val-de-Marne, Essonne, Seine-et-Marne, Yvelines



Demande d'inclusion dans le réseau

Je, soussigné(e) Mme M.

Nom :

Nom de naissance :

Prénom : Né(e) le :

Commune (CP) / Pays de naissance :

N° de Sécurité Sociale :

Adresse :

CP :

Ville :

Tél. fixe : Tél. portable :

Email :

Profession :

Médecin traitant : Dr

accepte d'être inclus(e) dans le réseau dans les conditions précisées dans ce document.

Fait à Le

Nom, prénom et signature du professionnel de santé ou cachet

Nom, prénom et signature de l'utilisateur

En signant ce document, j'accepte que les données relatives à ma prise en charge (administratives, sociales, médicales, soins infirmiers) puissent faire l'objet d'un traitement informatisé dans le logiciel du réseau et être partagées avec les professionnels de mon cercle de soins.

Le réseau participant au projet **Terr-eSanté***, j'accepte que :

- des données antérieures ou des données provenant de systèmes d'information externes telles que les résultats de laboratoire informatisés, des comptes-rendus d'hospitalisation (liste non exhaustive), soient récupérées pour enrichir mon dossier dans l'objectif d'améliorer la coordination de ma prise en charge,
- en cas d'urgence médicale ou de risque immédiat pour ma santé, tout professionnel de santé puisse accéder, sur un périmètre et un temps limités, à mon dossier (le cas échéant, je recevrai une notification par e-mail).

J'ai bien noté que mes droits d'accès, de rectification et d'opposition prévus par la Loi informatique et liberté s'exercent à tout moment auprès du professionnel de santé initiateur du réseau.

J'atteste qu'un temps de réflexion suffisant m'a été accordé concernant ma prise en charge dans le réseau.

Je certifie avoir été informé(e) que je pourrai interrompre à tout instant ma prise en charge dans le réseau, sans préjudice d'aucune sorte.

* : **Terr-eSanté** est une plateforme numérique de santé innovante au service des patients et de leurs professionnels de santé, portée par l'ARS Île-de-France.

Si vous ne souhaitez pas qu'un dossier vous concernant soit ouvert dans **Terr-eSanté**, merci de nous le confirmer en cochant la case ci-dessous :

Je ne veux pas qu'un dossier soit ouvert à mon nom dans la plateforme **Terr-eSanté**.



Ensemble, face au diabète

09 71 53 64 81 - contact@revesdiab.fr - Siège social : 4 rue Octave du Monthil - 94000 Créteil - www.revesdiab.fr

SOUTENANCE A CRETEIL

Year : 2019-2020
Last and first name of the autor : Ménard David
Title : Analysis of the psychological and cognitive obstacles to starting and maintaining physical activity in patients with type 2 diabetes
<p>Summary :</p> <p>Introduction: The WHO (World Health Organization) predict 550 million people with diabetes in 2025. There is interest in studying the motivations that lead a type 2 diabetic patient (T2DM) to renounce AP, since AP has a positive impact on the prevention of diabetes complications, and there is a reluctance to change behaviour in these patients and to maintain it. We asked ourselves whether there were psychological and cognitive factors that determine the initiation and maintenance of an AP. Method: this is a qualitative study, based on semi-structured interviews of T2DM patients, with a group of 12 people as heterogeneous as possible. Eligibility criteria: Patient with T2DM, between 40 and 80 years of age, without mental and physical disability. Recruitment was carried out with general practitioners and a relay informant from the RevesDiab network. Results: The thematic analysis of these 12 interviews highlighted 4 themes: social experience, feelings of vulnerability and helplessness, APA for a positive life experience, and management of the disease that influences PA. Conclusion: Isolation from PA, negative experience of PA when inappropriate, refers to a sense of vulnerability and helplessness due to age but also disease. These are psychological factors that negatively influence the maintenance of PA. This emotional experience can lead to depression and negatively influences the initiation of PA. The lack of knowledge of diabetic disease and the influence of PA on their disease conditions a state of passivity towards PA that inhibits the initiation of the PA.</p>
<p>Key words :</p> <ul style="list-style-type: none"> - General practitioner - Type 2 diabetes, - Physical Activity - Health knowledge, attitudes, practice - Behavior and behavior mechanisms.

SOUTENANCE A CRETEIL

Année : 2019-2020

Nom et prénom de l'auteur : Ménard David

Titre : Analyse des obstacles psychologiques et cognitifs à la mise en route puis au maintien d'une activité physique chez le patient diabétique de type 2

Introduction: L'OMS (organisation mondiale santé) prévoit 550 millions de personnes atteintes du diabète en 2025. Il y a un intérêt à étudier les motivations qui poussent un patient diabétique de type 2 (DT2) à renoncer à l'AP, puisque l'AP a un impact positif sur la prévention des complications du diabète, et il existe une réticence à changer de comportement chez ces patients et de le maintenir. Nous avons supposé qu'il existait des facteurs psychologiques et cognitifs déterminants la mise en route puis le maintien d'une AP. **Méthode:** il s'agit d'une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés de patients DT2, avec un groupe de 12 personnes le plus hétérogène possible. Critères d'éligibilité: Patient présentant un DT2, entre 40 et 80 ans, sans handicap mental et physique. Le recrutement s'est fait auprès de médecins généralistes et d'un informateur relais auprès du réseau RevesDiab. **Résultats:** L'analyse thématique de ces 12 entretiens a mis en évidence 4 thèmes : l'expérience sociale, le sentiment de vulnérabilité et d'impuissance, l'APA pour une expérience de vie positive, et la gestion de la maladie qui influence l'AP. **Conclusion:** L'isolement face à l'AP, l'expérience négative de l'AP inadaptée renvoie le patient à un sentiment de vulnérabilité et d'impuissance du fait de son âge mais aussi de sa maladie. Ce sont des facteurs psychologiques influençant négativement le maintien de l'AP. Ce vécu émotionnel peut conduire à une dépression et influence de façon négative l'initiation de l'AP. La méconnaissance de la maladie diabétique et de l'influence de l'AP sur leur maladie conditionne un état de passivité vis à vis de l'AP qui gêne la mise en route de l'AP.

Mots clés :

- Médecin généraliste
- Diabète de type 2
- Exercice physique
- Connaissances, attitudes et pratiques en santé
- Comportements et mécanismes comportementaux