



HAL
open science

Vécu et impact à moyen terme d'un programme d'activité physique adaptée chez des patients présentant des douleurs musculosquelettiques impactant leur activité professionnelle

Amandine Robert

► To cite this version:

Amandine Robert. Vécu et impact à moyen terme d'un programme d'activité physique adaptée chez des patients présentant des douleurs musculosquelettiques impactant leur activité professionnelle. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04802728

HAL Id: dumas-04802728

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04802728v1>

Submitted on 29 Nov 2024

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



ANNEE 2024 - N° 24 – 127

*VECU ET IMPACT A MOYEN TERME D'UN PROGRAMME D'ACTIVITE PHYSIQUE
ADAPTEE CHEZ DES PATIENTS PRÉSENTANT DES DOULEURS
MUSCULOQUELETTIQUES IMPACTANT LEUR ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE*

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le 15 octobre 2024 à 17h30

pour obtenir le Diplôme d'État de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Amandine ROBERT

Né(e) le 25 novembre 1996 à Neufchâteau (88)

La composition du jury est la suivante :

Président :	. Pr PRATI Clément	Professeur
Directeur de la thèse :	. Dr DUCHEZEAU Sophie	Praticien Hospitalier
Juges :	. Dr LEPETZ Thierry	Maître de conférences
	. Dr RODRIGUEZ Thomas	Maître de conférences
	. Dr EL CADI Toufiq	Praticien Hospitalier

DIRECTEUR DIRECTEUR

PROFESSEUR THIERRY MOULIN

ADJOINT

PROFESSEUR XAVIER BERTRAND

DOYEN PHARMACIE

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE **MME CAROLE COINTEAU DEPARTEMENT**

MEDECINE

DOCTEUR MALIKA BOUHADDI (MCU-PH)

DIRECTRICE DES ÉTUDES

PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE

ASSESEUR 1ER CYCLE

PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE PROFESSEUR BENOIT DE BILLY

ASSESEUR 2EME CYCLE

PROFESSEUR BENOIT DINET

ASSESEUR 3EME CYCLE

COORDINATEUR CHIRURGIE

COORDINATEUR MEDECINE GENERALE

DEPARTEMENT PHARMACIE

PROFESSEUR XAVIER BERTRAND PROFESSEUR LHASSANE ISMAILI

DOYEN PHARMACIE DIRECTEUR DES

PROFESSEUR SAMUEL LIMAT PROFESSEUR VIRGINIE NERICH

ETUDES COORDINATEURS 3E CYCLE

DEPARTEMENT MAÏEUTIQUE

MARILIA GIRAULT (SAGE-FEMME)

COORDINATRICE PEDAGOGIQUE

DEPARTEMENT ODONTOLOGIE

PROFESSEUR EDOUARD EUVRARD {PAST}

COORDINATEURS PEDAGOGIQUES

DR SOPHIE PECHOUX {MAST}

DR JEAN-PIERRE SALOMON (MCU-PH)
(Université. LORRAINE)

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ORTHOPHONIE

PROFESSEUR ELOI MAGNIN

COORDINATEURS PEDAGOGIQUES

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : KINESITHERAPIE

ALEXANDRE KUBICKI {MONTBELIARD} {MCF} YOSHIMASA SAGAWA {MCF}

COORDINATEURS PEDAGOGIQUES

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE

JULIE LAPREVOTTE {MAST} CLEMENCE VALLIER {MAST}

COORDINATRICES PEDAGOGIQUES

DEPARTEMENT SCIENCES INFIRMIERES

ALINE CHASSAGNE (MCF) JEAN MAILLET-CONTOZ (MAST)

COORDINATEURS PEDAGOGIQUES

CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIERS IFSI) DR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN (MCU-PH)

PROFESSEUR FABRICE VUILLIER

COORDINATEUR PEDAGOGIQUE **IPA**

DEPARTEMENT DE PEDAGOGIE

PROFESSEUR CLEMENT PRATI PROFESSEUR SEBASTIEN PILI-FLOURY

RESPONSABLE

PROFESSEUR BENOIT DINET

CENTRE DE SIMULATION

FRANK VERHOEVEN (MEDECINE)

MARILIA GIRAULT (MAÏEUTIQUE) MARC PUDLO (PHARMACIE) YOSHIMATA SAGAWA

(REEDUCATION) LAURENCE GANDON (INFIRMIER)

RELATIONS HUMAINES DE L'UFR

PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF

ASSESEUR

COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

PROFESSEUR VIRGINIE WESTEEL

ASSESEUR RECHERCHE - PRESIDENTE

PROFESSEUR FREDERIC AUBER

VICE-PRESIDENT

CHARGES DE MISSIONS

FORMATION CONTINUE

MME SYLVIE DEVAUX (MCF)

COORDINATEURS

HISTOIRE DE LA MEDECINE

PROFESSEUR LAURENT TATU

COORDINATEURS

DOCTEUR PHILIPPE MERCET

COORDINATEURS

RELATIONS INTERNATIONALES

DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)

COORDINATEUR

ALUMNI-USB

PROFESSEUR GILLES CAPELLIER (EMERITE)

PROFESSEUR GABRIEL CAMELOT (EMERITE) PRESIDENT HONORAIRE

MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

- PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	ADOTEVI	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	AUBER	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	AUBIN	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Jamal	BAMOULID	IMMUNOLOGIE
Me	Cindy	BARNIG	PNEUMOLOGIE
Me	Djamila	BENNABI	PSYCHIATRIE ADULTES
M.	Guillaume	BESCH	ANESTHESIE REANIMATION
M.	Frédéric	BIBEAU	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Me	Alessandra	BIONDI	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	BORG	CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	BOULAHDOUR	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
Me	Catherine	CHIROUZE	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Romain	CHOPARD	CARDIOLOGIE
M.	Sidney	CHOCRON	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
Me	Cécile	COURIVAUD	NÉPHROLOGIE
M.	Siamak	DAVANI	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	DE BILLY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	DECONINCK	HÉMATOLOGIE
M.	Eric	DELABROUSSE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Thibaut	DESMETTRE	MÉDECINE D'URGENCE
M.	Vincent	DI MARTINO	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	DUCLoux	NÉPHROLOGIE
M.	Jean- Paul	FEUGEAS	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M.	Patrick	GARBUIO	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Me	Anne-Sophie	GAUTHIER	OPHTALMOLOGIE
M.	Emmanuel	HAFFEN	PSYCHIATRIE D'ADULTES
M.	Georges	HERBEIN	VIROLOGIE
M.	Bruno	HEYD	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	HOCQUET	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Me	Katy	JEANNOT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	François	KLEINCLAUSS	UROLOGIE
M.	Paul	KUENTZ	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
M.	Zaher	LAKKIS	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
M.	Daniel	LEPAGE	ANATOMIE
M.	Quentin	LEPILLER	VIROLOGIE
M.	Eloi	MAGNIN	NEUROLOGIE
Me	Nadine	MAGY-BERTRAND	MEDECINE INTERNE
M.	Frédéric	MAUNY	BIostatistiques, INFORMATIQUE MÉDICALE
M.	Nicolas	MENEVEAU	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	MEYER	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
M.	Fabrice	MICHEL	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
Me	Laurence	MILLON	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

M.	Nicolas	MOTTET	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
M.	Thierry	MOULIN	NEUROLOGIE
Me	Sylvie	NEZELOF	PÉDOPSYCHIATRIE
M.	Laurent	OBERT	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Andréas	PERROTTI	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Sébastien	PILI-FOURY	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Gaël	PITON	MEDECINE INTENSIVE REANIMATION
M.	Clément	PRATI	RHUMATOLOGIE
M.	Jean-Luc	PRETET	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Rajeev	RAMANAH	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	RINCKENBACH	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
Me	Lucie	SALOMON DU MONT	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Emmanuel	SAMAIN	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	SCHIELE	CARDIOLOGIE
Me	Marie-France	SERONDE	CARDIOLOGIE
M.	Laurent	TATU	ANATOMIE
M.	Laurent	TAVERNIER	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	THEVENOT	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	THINES	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	THIRIEZ	PÉDIATRIE
M.	Pierre	TIBERGHIE	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	TOUSSIROT	THÉRAPEUTIQUE
M.	Pierre	VANDEL	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Fabrice	VUILLIER	ANATOMIE
Me	Lauriane	VULLIEZ COADY	PEDO-PSYCHIATRIE
Me	Lucine	VUITTON	GASTRO-ENTEROLOGIE
Me	Virginie	WESTEEL-KAULEK	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Régis	AUBRY	ÉPISTEMOLOGIE-SOINS PALLIATIFS
M.	Jean-Luc	BRESSON	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Gilles Jean-	CAPELLIER	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION
M.	Luc	CHOPARD	MEDECINE LEGALE
M.	Alain	CZORNY	NEUROCHIRURGIE
M.	Bernard	DELBOSC	OPHTALMOLOGIE
M.	Gilles	DUMOULIN	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	FELLMANN	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Georges	MANTION	CHIRURGIE GÉNÉRALE
Me	Christiane	MOUGIN	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	PARRATTE	ANATOMIE
M.	Patrick	PLESIAT	BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Daniel	SECHTER	PSYCHIATRIE D'ADULTES
Me	Dominique	VUITTON	IMMUNOLOGIE
M.	Daniel	WENDLING	RHUMATOLOGIE

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

- PRATICIENS HOSPITALIERS

Me	Clotilde	AMIOT	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
Me	Anne-Pauline	BELLANGER	PARASITOLOGIE
M.	Matthieu	BEREAU	THERAPEUTIQUE
Me	Oxana	BLAGOSKLONOV	BIOLOGIE ET MÉDECINE DÉVELOPPEMENT ET DE REPRODUCTION
Me	Sophie	BOROT	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Me	Malika	BOUHADDI	PHYSIOLOGIE
M.	Kévin	BOUILLER	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Paul	CALAME	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Yann	CHAUSSY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Alain	COAQUETTE	VIROLOGIE
Me	Elsa	CURTIT	CANCÉROLOGIE
M.	Etienne	DAGUINDAU	HEMATOLOGIE
M.	Maxime	DESMARETS	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMISE DE LA SANTE ET PREVENTION
Me	Julie	GIUSTINANNI	PSYCHIATRIE ADULTE-ADDICTOLOGIE
M.	François	LOISEL	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Me	Tania	MARX	MÉDECINE D'URGENCE
Me	Elisabeth	MEDEIROS	NEUROLOGIE
M.	Patrice	MURET	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
Me	Charlée	NARDIN	DERMATOLOGIE
M.	Fabien	PELLETIER	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Me	Isabelle	PLUVY	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTIVE, ESTHETIQUE
Me	Anaïs	POTRON	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Zoher	SELMANI	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Antoine	THIERY-VUILLEMIN	CANCÉROLOGIE
M.	Frank	VERHOEVEN	RHUMATOLOGIE
Me	Delphine	WEIL-VERHOEVEN	HEPATOLOGIE
M.	Hadrien	WINISZEWSKI	MÉDECINE INTENSIVE-RÉANIMATION

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Rémi	BARDET	MÉDECINE GÉNÉRALE (PROFESSEUR)
M.	Francis	BERTHIER	ANESTHESIE-REANIMATION (PROFESSEUR)
Me	Anne-Lise	BOLOT	MÉDECINE GÉNÉRALE (MCF)
M.	Benoit	DINET	MÉDECINE GÉNÉRALE (PROFESSEUR)
Me	Catherine	GAY	GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE (PROFESSEUR)
M	Abdo	KHOURY	MÉDECINE D'URGENCE (PROFESSEUR)
Me	Aurore	LEBEAU-JEUNET	MEDECINE GENERALE (MCF)
M.	Thierry	LEPETZ	MÉDECINE GÉNÉRALE (MCF)
M.	José-Philippe	MORENO	MÉDECINE GÉNÉRALE (PROFESSEUR)
M.	Jean-Michel	PERROT	MÉDECINE GÉNÉRALE (PROFESSEUR)
M.	Thomas	RODRIGUEZ	MÉDECINE GÉNÉRALE (MCF)
Me	Esther	SZWARC	SANTE AU TRAVAIL (MCF)
Me	Anne-Lise	TREMEAU	MÉDECINE GÉNÉRALE (MCF)

PHARMACIE

PROFESSEURS

M.	Xavier	BERTRAND	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Me	Céline	DEMOUGEOT	PHARMACOLOGIE
Me	Francine	GARNACHE-OTTOU	HÉMATOLOGIE
Me	Corine	GIRARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Yann	GODET	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	GRENOUILLET	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	GUILLAUME	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Lhassane	ISMAILI	CHIMIE ORGANIQUE
M.	Samuel	LIMAT	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Frédéric	LIRUSSI	PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE
M.	Dominique	MEILLET	PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE
Me	Virginie	NERICH	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	PELLEQUER	PHARMACIE GALENIQUE
M.	Bernard	REFOUVELET	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
M.	Philippe	SAAS	IMMUNOLOGIE
Me	Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI	PHARMACIE CLINIQUE

PROFESSEUR EMÉRITE

Me	Laurence	NICOD	BIOLOGIE CELLULAIRE
----	----------	--------------	---------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES

Me	Aurélie	BAGUET	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	BEDUNEAU	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	BERMONT	BIOCHIMIE
M.	Oleg	BLAGOSKLONOV	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Me	Céline	BOUVIER-SLEKOVEC	HYGIENE PREVENTION RISQUES INFECTIEUX
M.	Eric	CAVALLI	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
Me	Anne-Laure	CLAIRET	SCIENCES DU MEDICAMENT
M.	Jean-Patrick	DASPET	BIOPHYSIQUE
Me	Sylvie	DEVAUX	PHYSIOLOGIE
Me	Jeanne	GALAINÉ	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Me	Marie	KROEMER	SCIENCES DU MEDICAMENT ET AUTRES PRODUITS DE SANTE
Me	Isabelle	LASCOMBE	BIOCHIMIE / ISIFC
Me	Carole	MIGUET ALFONSI	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	MORETTO	PHYSIOLOGIE
M.	Brice	MOULARI	PHARMACIE GALENIQUE
M.	Frédéric	MUYARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Marc	PUDLO	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
M.	Florian	RENOSI	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
M.	Gwenaël	ROLIN	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES (ODONTOLOGIE)
Me	Nathalie	RUDE	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES
M.	François	SENEJOUX	PHARMACOGNOSIE
Me	Perle	TOTOSON	PHARMACOLOGIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Lionel	PAZART	SANTÉ PUBLIQUE (PROFESSEUR)
----	--------	---------------	-----------------------------

ODONTOLOGIE

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	Gwenaël	ROLIN	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES (ODONTOLOGIE)
M.	Jean-Pierre	SALOMON	DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHÈSES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX (DÉLÉGATION DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE)

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

Me	Hélène	BIGEARD	ODONTOLOGIE (MCF)
M.	Edouard	EUVRARD	CHIRURGIE ORALE – ODONTOLOGIE (PROFESSEUR)
Me	Sophie	PECHOUX	ODONTOLOGIE (MCF)
Me	Sylvie	ROMAGNA	ODONTOLOGIE (PROFESSEUR)

PROFESSIONS DE SANTE

Me	Aline	CHASSAGNE	SCIENCES INFIRMIERES (MCF)
M.	Jean	MAILLET-CONTOZ	SCIENCES INFIRMIERES (MAST)
M.	Alain	DEVEVEY	SCIENCES LANGAGE- ORTHOPHONIE (MCF)
M.	Alexandre	KUBICKI	SCIENCES REEDUCATION - KINESITHERAPIE (MCF)
M.	Yoshimasa	SAGAWA JUNIOR	SCIENCES REEDUCATION - KINESITHERAPIE (MCF)
Me	Emilie	CERUTTI	KINESITHERAPIE (MAST)
M.	Charles-Henry	MAXENCE	KINESITHERAPIE (MAST)
Me	Marine	BRIKA	KINESITHERAPIE
M.	Clément	GRIESSINGER	KINESITHERAPIE
Me	Mélanie	MICHELIN-VAUTIER	KINESITHERAPIE
Me	Marie-Carole	PLAY	KINESITHERAPIE
M.	Jérôme	PLONGERON	KINESITHERAPIE
M.	Maxime	WERNER	KINESITHERAPIE
Me	Anne-Sophie	RIOU	ORTHOPHONIE (MAST)
Me	Carine	PETIT	ORTHOPHONIE (MAST)
Me	Laurence	DEFORET	ORTHOPHONIE (MAST)
Me	Julie	LAPREVOTTE	ERGOTHERAPIE (MAST)
Me	Margaux	GUIMARD	ERGOTHERAPIE
Me	Clemence	VALLIER	PSYCHOMOTRICITE (MAST)
Me	Mélanie	DIEMER	PSYCHOMOTRICITE
Me	Lola	VUILLAUME	PSYCHOMOTRICITE
M.	Pierrick	BOYER	PSYCHOMOTRICITE

AUTRES ENSEIGNANTS

Me	Vanessa	MARTIN	PROFESSEUR AGREGEE ANGLAIS
Me	Anna	MKRTCHIAN	PROFESSEUR AGREGEE ANGLAIS
M.	Charles Dale	SANTANA	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS
M.			PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur PRATI Clément, président du jury de cette thèse

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Merci à l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Veillez recevoir l'expression de mon plus profond respect.

À Madame le Docteur Sophie DUCHEZEAU, directrice et membre du jury de cette thèse

Merci de m'avoir proposé ce sujet intéressant et d'avoir dirigé cette thèse.

Je te suis aussi sincèrement reconnaissante pour la confiance que tu m'as accordé tout au long de mon internat.

À Monsieur le Docteur LEPETZ Thierry, membre du jury de cette thèse

Je vous remercie de me faire l'honneur de prendre part au jury de cette thèse.

Veillez trouver l'assurance de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur RODRIGUEZ Thomas, membre du jury de cette thèse

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail en acceptant de prendre part au jury de cette thèse.

Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

À Monsieur le Docteur EL CADI Toufiq, membre du jury de cette thèse

Je souhaite exprimer toute ma gratitude pour tes enseignements et la confiance que tu m'as témoignée.

Ta présence ce jour est pour moi un véritable honneur.

REMERCIEMENTS

À mes parents, pour votre soutien, vos encouragements et votre fierté.

Merci d'avoir toujours eu confiance en moi et de me permettre de vivre mes rêves.

Cette thèse est également votre réussite !

À ma sœur, à notre complicité et à nos souvenirs ensemble. Merci pour ton soutien, ta bienveillance et pour tous ses moments de rigolade qui m'ont encouragé à persévérer.

À Alexandre, merci pour ton amour, ton soutien et ta fierté au quotidien. Merci pour la relecture et tes encouragements. Merci de croire en moi et de me donner confiance. Je suis heureuse de partager ma vie avec toi.

A mes amies de longue date, Léa et Coline, pour votre amitié qui traverse le temps.

A mes rencontres vésuliennes, Claire, Juliette, Camille, Roxane, Sophie, Mélanie, et Karim pour toutes ses heures de stages et ses pauses café partagées ensemble.

A mes rencontres bisontines, A tous les copains du 25, merci pour toutes ses soirées et weekends passés ensemble. Grace à vous je me sens bien à Besançon.

A Claire, pour ton soutien infailible dans tous les domaines. Merci pour ton amitié, ton soutien, tes conseils et le temps que tu as apporté à ma thèse.

REMERCIEMENTS

A mes co-internes avec qui j'ai eu la chance de travailler. Pour tous ses moments de rire, votre soutien et votre bienveillance.

À mes maitres de stage en libéral et à l'hôpital, pour vos enseignements et votre confiance.

Aux services du Groupe Hospitalier de Haute Saône, les Urgences, la cardiologie, la pneumologie, la diabétologie, la gynécologie et la pédiatrie. Merci pour votre accueil, vos enseignements et votre confiance. Merci à toute l'équipe médicale et paramédicale avec qui j'ai eu l'honneur de travailler.

Aux patients qui ont accepté de réaliser des entretiens, merci pour le temps que vous m'avez accordé et vos témoignages. Je vous suis sincèrement reconnaissante.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

SOMMAIRE

INTRODUCTION	29
MÉTHODE	45
RÉSULTATS	53
DISCUSSION	93
CONCLUSION.....	113
ANNEXES.....	115
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	135

ABREVIATIONS

APA : Activité Physique Adaptée

ALD : Affection Longue Durée

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

COREQ : Consolidated criteres for Reporting Qualitative Studies Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

IPA : Analyse Interprétative Phénoménologique

MET : Metabolic Equivalent Task

MKDE : Masseur Kinésithérapeute Diplômé d'État

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IPAQ : International Physical Activity Questionnaire

SF12 : Medical Outcome Study Short Form 12

STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

TMS : Troubles Musculosquelettiques

VEMS : Volume Expiratoire Maximal par Seconde

INTRODUCTION

I – Activité Physique et Santé

1. Inactivité physique et Sédentarité

L'absence d'exercice physique et le comportement sédentaire sont associés à des modifications métaboliques et organiques qui favorisent le développement de maladies chroniques, entraînant une augmentation de la morbidité et de la mortalité globale, avec des variations dans leurs effets intrinsèques.

La sédentarité, définie comme une situation où la dépense énergétique est inférieure ou égale à 1,5 MET pendant l'éveil, correspond au temps passé assis ou allongé entre le lever et le coucher d'un individu. Le MET (Metabolic Equivalent Task) est une unité de mesure de l'intensité de l'activité physique en valeur absolue utilisée dans la littérature internationale. Il est défini comme le rapport de la dépense énergétique de l'activité considérée, sur la quantité d'énergie dépensée au repos. 1 MET est égal à 3,5 ml O₂/min/kg, et correspond par définition au métabolisme de repos. [1]

Bien que souvent confondus, il est important de distinguer la sédentarité de l'inactivité physique. L'inactivité physique se caractérise par un niveau insuffisant d'activité physique régulière, qui ne répond pas aux recommandations d'endurance aérobie de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour maintenir la santé.

Alors que les autorités sanitaires recommandent traditionnellement une activité physique régulière, des études ont montré que, indépendamment du niveau d'activité physique, la sédentarité a des conséquences négatives sur la longévité, la survenue de maladies chroniques et leur gravité. Ainsi, l'inactivité physique et la sédentarité ont des effets indépendants et cumulatifs.

L'inactivité physique est désormais considérée comme l'une des principales causes de développement de maladies chroniques, associée à un risque accru de maladies cardiovasculaires, à une réduction de l'espérance de vie, à une augmentation de la mortalité et

à un vieillissement biologique accéléré [2]. Selon des estimations récentes, 31 % de la population mondiale, soit un tiers des femmes et un quart des hommes dans le monde, ne pratique pas suffisamment d'activité physique pour rester en bonne santé. Une augmentation significative de 5 % du niveau d'inactivité physique a également été observée ces dernières années dans les pays à revenu élevé entre 2001 et 2016. La diminution de l'activité physique est en partie due à l'inactivité pendant les loisirs, à la sédentarité au travail et à la maison, ainsi qu'à une utilisation accrue des modes de transport passifs. Les niveaux de sédentarité sont deux fois plus élevés dans les pays à revenu élevé que dans les pays à faible revenu.

L'augmentation de la sédentarité a des répercussions néfastes sur les systèmes de santé, l'environnement, le développement économique, le bien-être communautaire et la qualité de vie. Ainsi, l'inactivité physique est de plus en plus reconnue comme un problème majeur de santé mondiale, qualifié par certains de "pandémie mondiale". L'OMS estime que 3,3 millions de personnes meurent chaque année dans le monde en raison de l'inactivité physique, ce qui en fait la quatrième cause sous-jacente de mortalité [3]. Ce problème semble s'aggraver, puisque 81 % des adolescents n'étaient pas suffisamment actifs dans le monde en 2016. [4]

En France, l'inactivité physique entraîne des coûts médico-économiques évalués à 1 215 milliards d'euros en dépenses directes de santé. En plus de ces coûts, l'impact économique des maladies doit être pris en compte, notamment en termes de dépenses non médicales (arrêts de travail, etc.) et de conséquences psychologiques, avec une estimation des dépenses indirectes liées à l'inactivité et à la sédentarité à 8,25 milliards d'euros.

L'étude ESTEBAN, estime à 39 % la part d'inactifs dans la population générale française.

Cette étude situe la France dans la moyenne de l'inactivité physique observée chez les adultes des pays industrialisés à revenu élevé, avec en moyenne 36,8 % de personnes inactives [5].

L'étude met également en évidence que les femmes sont généralement plus inactives que les hommes, ce qui est également retrouvé à l'échelle mondiale.

Face à ces constats, il est maintenant impératif de promouvoir non seulement une activité physique régulière, mais aussi de réduire la sédentarité. Cette notion a été intégrée dans les recommandations pour la population française publiées en 2016 [6].

2. Épidémiologie des maladies chroniques

Selon l'OMS, le terme de maladie chronique englobe les pathologies de longue durée et d'évolution généralement lente. Les quatre principales maladies chroniques en termes de fréquence et de mortalité sont les maladies cardiovasculaires, l'insuffisance respiratoire chronique, les cancers et le diabète. Cependant, cela n'exclut pas d'autres pathologies telles que les maladies musculosquelettiques, les maladies neurodégénératives, les troubles mentaux ... [7]. Ces maladies ont principalement des origines comportementales, avec une contribution génétique relativement faible.

D'après le rapport de l'OMS de 2012, les maladies chroniques non transmissibles sont responsables de 86 % des décès en Europe [8]. On estime que ce chiffre connaîtra encore un accroissement d'ici 2030.

La charge de morbidité associée à ces affections et à leurs complications, mesurée en années de vie perdues en raison d'une incapacité, connaît également une hausse significative. Les douleurs rachidiennes et les épisodes majeurs de dépression sont les principales causes d'années de vie perdues en raison d'une incapacité à l'échelle mondiale. Les troubles musculosquelettiques sont ceux qui enregistrent les plus fortes augmentations d'années de vie perdues en raison d'une incapacité.

Ces maladies exercent une pression croissante sur les systèmes de santé, le développement économique et la qualité de vie d'une grande partie de la population, en particulier chez les personnes âgées de 50 ans et plus. L'augmentation des maladies chroniques est d'autant plus préoccupante que, selon le rapport de l'OMS de 2010, une part importante de ces affections peut être évitée en agissant sur quatre principaux facteurs de risque : le tabagisme, le manque d'activité physique, la consommation d'alcool et une mauvaise alimentation.

Les maladies chroniques imposent un fardeau croissant en affectant la qualité de vie des individus, en augmentant le risque de complications, de dépendance et de précarité sociale. Ainsi, prévenir la survenue de maladies chroniques, mais aussi leurs complications, rechutes, exacerbations ou aggravation, est crucial pour le bien-être individuel et la viabilité de notre système de santé [9].

3. Bénéfices de l'activité physique sur les maladies chroniques

La pratique régulière d'activité physique joue un rôle primordial dans la prévention des maladies chroniques, en améliorant la capacité fonctionnelle, la condition physique, l'estime de soi et la confiance en ses capacités. Ces facteurs favorisent une plus grande autonomie dans la vie quotidienne, ce qui contribue au bien-être, à la qualité de vie et à la participation sociale.

Même en présence de limitations fonctionnelles, la pratique régulière d'une activité physique adaptée offre des avantages sans augmenter le risque de détérioration des grandes fonctions ou d'aggravation de la maladie sous-jacente.

Les données de la littérature scientifique, ainsi que les recommandations des principales sociétés médicales internationales, confirment de manière concluante l'effet bénéfique de la pratique d'une activité physique régulière dans la prévention de nombreuses maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et certains cancers.

Sur le plan cardiovasculaire, le niveau de l'activité physique est inversement corrélé à la mortalité. Ainsi, c'est pour les cardiopathies ischémiques que les bénéfices de l'activité physique en prévention primaire sont les plus évidents et les plus documentés. Selon les conclusions de l'expertise Anses 2016 et de l'expertise collective Inserm 2008, un niveau élevé d'activité physique permettrait une réduction de 30% des décès. De même, les bénéfices de l'activité physique en prévention de l'incidence des accidents vasculaires cérébraux ont été rapportés pour une pratique d'activité physique d'intensité modérée à élevée. [10]

La littérature met également en évidence que la pratique régulière d'une activité physique permet un meilleur contrôle de l'hypertension artérielle chez les individus et cela quel que soit l'âge. De plus, si l'activité physique régulière se prolonge, l'hypertension est réduite durablement avec des effets similaires, voire supérieurs, à ceux d'une monothérapie médicamenteuse.

La pratique régulière d'activité physique réduit également significativement le risque de surpoids, et d'obésité avec un niveau de preuve très élevé. En outre, elle améliore la santé globale des personnes en surpoids ou obèses. Par ailleurs, la pratique régulière d'activité physique permet de réduire la masse grasse abdominale, en particulier viscérale, qui est directement liée à la morbidité cardio-métabolique et à la mortalité.

Intégrée à une modification du mode de vie, l'activité physique constitue un moyen essentiel de prévenir ou de retarder l'apparition du diabète de type 2 chez les individus à risque. Il est estimé que l'incidence du diabète de type 2 pourrait être réduite d'environ 58 % grâce à cette approche, dont les effets physiologiques bénéfiques peuvent se maintenir pendant au moins trois ans après la cessation de l'activité. Dans le contexte de la prévention du diabète de type 2, il semble que la quantité d'activité physique pratiquée soit plus déterminante que son intensité.

Par ailleurs, chez les femmes enceintes, l'activité physique semble offrir des avantages pour réduire le risque de diabète gestationnel, surtout si elle est initiée l'année précédant la grossesse ou au début de celle-ci. De plus, la pratique régulière d'activité physique améliore le bien-être et la qualité de vie, tout en réduisant les symptômes dépressifs pendant la grossesse et après l'accouchement.

En ce qui concerne le risque de pathologies respiratoires, la pratique régulière d'une activité physique d'intensité modérée à élevée semble atténuer la détérioration des variables ventilatoires telles que le volume expiratoire maximal par seconde (VEMS). Chez les sujets fumeurs, la diminution du VEMS au fil du temps, qui est un signe précurseur de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), est réduite grâce à une pratique régulière d'activité physique. Pour la prévention de la survenue de la BPCO, la part attribuable à la pratique régulière d'une activité physique d'intensité modérée à élevée a été estimée à 21 %.

En ce qui concerne le réentraînement à l'effort des patients atteints de BPCO, l'expertise de l'Inserm 2008 souligne une amélioration significative de la dyspnée, de la tolérance à l'effort, de la qualité de vie et du nombre d'exacerbations, avec un niveau de preuve élevé (niveau A) en termes de médecine fondée sur des preuves.

La pratique d'une activité physique est également liée à une réduction significative du risque de cancer du côlon avec la réduction de la survenue de cancer du côlon de 25 % chez les sujets les plus actifs par rapport aux moins actifs [11]. En ce qui concerne le cancer du sein, chez les femmes les plus actives, le risque relatif de développer la maladie est réduit de 10 à 27 %, selon les études. Ce bénéfice est considéré comme probable, avec un niveau de preuve élevé, aussi bien chez les femmes ménopausées ou non.

Les activités dynamiques en charge, d'intensité modérée à élevée ne présentent aucun risque d'arthrose et pourraient même avoir un effet bénéfique sur le cartilage. Cet effet positif de

l'activité physique peut également s'expliquer par la protection articulaire associée à l'entretien et au renforcement musculaire péri-articulaire.

Tout au long de la vie, la pratique d'une activité physique à impact, telle que la course et les sauts, est associée à une diminution moindre de la masse osseuse et à un risque réduit de fractures ostéoporotiques. Ces effets bénéfiques sont également observés chez les hommes âgés.

Enfin, la pratique régulière d'activité physique, offre également une protection contre le stress psychologique, l'anxiété, les symptômes de la dépression et améliore la qualité de vie. Même à des niveaux d'activité physique faibles, des avantages pour la santé mentale sont constatés. Selon l'expertise de l'Inserm 2008, la pratique régulière ou occasionnelle d'activité physique est associée à une réduction du niveau de dépression. La pratique d'activité physique s'avère particulièrement efficace pour atténuer le stress lié au travail, réduire le risque de dépression et de burn-out chez les personnes exerçant un emploi sédentaire. [10]

Ainsi, on estime que la pratique d'une activité physique régulière et le suivi des recommandations sont associés à une diminution de la mortalité précoce de 29 à 41 % selon les études. Dans l'ensemble, adopter un mode de vie actif au quotidien, en pratiquant régulièrement une activité physique et en réduisant le temps passé en position assise, représente un élément essentiel pour réduire l'incidence des maladies chroniques, de certains cancers, et pour améliorer la qualité de vie.

4. Recommandations

Comme présenté précédemment, l'inactivité physique est reconnue comme l'un des quatre facteurs de risque de maladies chroniques non transmissibles évitables.

Les recommandations de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité s'adressent à tous, quel que soit l'âge, le genre, les antécédents culturels ou le statut socioéconomique. Elles sont destinées à toutes les personnes, indépendamment de leur condition physique.

Les individus souffrant de maladies chroniques, de handicaps, les femmes enceintes ou en post-partum sont encouragés à adapter ces recommandations en fonction de leurs possibilités et de leurs capacités.

L'OMS préconise que tous les adultes (de 18 à 64 ans) devraient pratiquer une activité physique régulière. Les adultes devraient pratiquer au moins 150 à 300 minutes d'activité physique aérobique d'intensité modérée ou au moins 75 à 150 minutes d'activité physique aérobique d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée et soutenue par semaine pour en retirer des bénéfices substantiels sur le plan de la santé.

Les adultes devraient également pratiquer des activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou plus soutenue faisant travailler les principaux groupes musculaires au moins deux fois par semaine, au vu des bénéfices supplémentaires que ces activités apportent sur le plan de la santé. Selon l'OMS, les adultes peuvent augmenter l'activité physique aérobique d'intensité modérée à plus de 300 minutes ou pratiquer plus de 150 minutes d'activité physique aérobique d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée et soutenue par semaine pour en retirer des bénéfices substantiels sur le plan de la santé.

Cependant, si les adultes n'atteignent pas le niveau recommandé, une quantité limitée d'activité physique sera néanmoins bénéfique pour leur santé. L'OMS appuie le fait qu'une activité physique limitée vaut mieux qu'aucune activité physique.

L'OMS suggère tout de même que pour contribuer à réduire les effets néfastes pour la santé d'un niveau de sédentarité élevé, les adultes devraient viser à dépasser ces niveaux recommandés d'activité physique d'intensité modérée à soutenue [12].

5. Objectifs à atteindre

En 2016, l'OMS a publié la stratégie 2016-2025 sur l'activité physique pour la région européenne afin de lutter contre la diminution continue des niveaux d'activité physique et de réduire les disparités d'accès à l'activité physique au sein des populations.

Ainsi l'un des objectifs fixés par l'OMS est une réduction relative de 10 % de la prévalence de l'inactivité physique d'ici 2025, ainsi qu'une diminution de 25 % du risque de mortalité prématurée liée aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète et aux affections respiratoires chroniques ; une baisse de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ; et un ralentissement de la progression du diabète et de l'obésité [13].

En 2018, dans son Plan d'action mondial sur l'activité physique 2018-2030, l'OMS a estimé qu'un quart des adultes dans le monde et que les trois quarts des adolescents ne satisfaisaient pas aux recommandations en matière d'activité physique pour la santé.

L'objectif fixé pour 2030 est une réduction globale de 15 % de l'inactivité chez les adultes et les adolescents [14].

II – Troubles musculosquelettiques et arthrose

1. Définition

En France, les troubles musculosquelettiques (TMS) sont définis comme « un ensemble d'affections péri-articulaires qui peuvent affecter diverses structures des membres supérieurs, inférieurs et du dos : tendons, muscles, articulations, nerfs et système vasculaire ».

Ces pathologies sont souvent associées à la douleur et généralement caractérisées par une progression graduelle [15].

Les articulations les plus touchées en France, sont le rachis lombaire, l'épaule, le poignet/main, le coude et le genou.

2. Impacts et Enjeux

Alors que les populations mondiales vieillissent rapidement, la plupart des individus souhaitent vivre longtemps et en bonne santé. La santé musculosquelettique est alors essentielle pour maintenir une vie économiquement et socialement acceptable.

Les troubles musculosquelettiques sont des affections diverses aux causes multiples, devenant une des principales préoccupations en santé au travail en raison de leur augmentation constante, de leurs conséquences individuelles (souffrance, réduction d'aptitude, risque de rupture professionnelle) et de leur coût élevé (absentéisme, baisse de productivité). Pourtant, leur importance est souvent sous-estimée car ils ne sont généralement pas mortels, sont supposés irréversibles, et souvent associés à l'âge. Cependant, selon l'étude Global Burden of Disease, les troubles musculosquelettiques se classent au deuxième rang des principales causes d'incapacité dans le monde [16]. Les affections musculosquelettiques représenteraient même la principale source d'incapacités au sein de la région européenne, touchant toutes les tranches d'âge.

Le nombre d'années vécues avec une incapacité est significatif à l'échelle mondiale, estimé à environ 146 millions, et a augmenté de 61 % par rapport à 1990, en raison du vieillissement de la population. Par ailleurs, au niveau mondial, la lombalgie, qui reste la principale cause

d'années vécues avec un handicap, présente une prévalence élevée avec plus d'un demi-milliard de cas en 2021, avec une prévision à la hausse d'ici 2050.

Ces troubles entraînent des coûts considérables, ce qui constitue un fardeau pour l'économie et le système de santé actuels. Une étude sur les dépenses de santé aux États-Unis, a révélé que parmi 154 affections étudiées, les douleurs lombaires et cervicales étaient celles engendrant les dépenses de santé les plus élevées, totalisant 134,5 milliards de dollars en 2016. Les autres troubles musculosquelettiques représentaient le deuxième montant le plus élevé, avec un coût de 129,8 milliards de dollars [17].

En France, il existe peu de données sur les troubles musculosquelettiques dans la population générale. Selon l'assurance maladie, les troubles musculosquelettiques représentent 87 % des maladies professionnelles et le mal de dos représente 20 % des accidents du travail [18].

Les troubles musculosquelettiques sont également la principale cause de jours de travail perdus en raison des arrêts maladie, avec une perte estimée à 22 millions de journées de travail en 2017 [19].

Pour les salariés, près de la moitié des troubles musculosquelettiques laissent des séquelles graves, augmentant ainsi les risques de désinsertion professionnelle. Une bonne santé musculosquelettique est donc cruciale pour la mobilité, l'indépendance économique et un vieillissement actif en bonne santé. Elle joue également un rôle crucial dans la prévention des maladies non transmissibles, étant donné l'importance de l'activité physique.

En effet, les facteurs de risque des affections musculosquelettiques sont similaires à ceux d'autres maladies chroniques non transmissibles, et leur modification peut favoriser la santé musculosquelettique, notamment par l'augmentation de l'activité physique, le maintien d'un poids corporel idéal, l'arrêt du tabac, une faible consommation d'alcool et la prévention des traumatismes et des blessures [20].

Le fardeau mondial des troubles musculosquelettiques est significatif et varie considérablement entre les pays, certains supportant un fardeau deux fois plus lourd que d'autres. Il est crucial de sensibiliser davantage la population aux facteurs de risque et aux conséquences des troubles musculosquelettiques.

III – Activité Physique Adaptée

Comme développé précédemment, le manque d'activité physique et la sédentarité sont des facteurs qui favorisent l'apparition et l'aggravation des maladies chroniques. À l'inverse, une pratique régulière, soutenue et personnalisée de l'activité physique peut retarder l'apparition des maladies chroniques, en limiter les conséquences et, dans certains cas, favoriser la guérison.

Pour encourager l'activité physique, il est donc nécessaire de mettre en place des actions de santé publique. Ainsi, pour améliorer la santé et augmenter la durée de vie avec une qualité de vie et une autonomie satisfaisante, il est nécessaire d'entreprendre des actions concrètes telles que les programmes d'activités physiques adaptées (APA).

1. Rôles de l'Activité Physique Adaptée

Selon la HAS, l'activité physique adaptée est « une thérapeutique non médicamenteuse validée sur des données probantes dans de nombreuses pathologies chroniques et états de santé ». En effet, les programmes d'APA ont démontré leur efficacité thérapeutique dans de nombreuses maladies chroniques, sur le contrôle des facteurs de risque et pour le maintien de l'autonomie des personnes, seuls ou en association à des traitements médicamenteux [1].

L'activité physique adaptée est également intégrée dans le code de santé publique depuis 2016, qui lui donne une définition réglementaire dans l'article D. 1172-1. Ainsi la loi de modernisation du système de santé de 2016 stipule « on entend par activité physique adaptée, la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. ».

« La dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences. » [21].

La loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France révisé cette politique. L'APA ne s'adresse alors non plus qu'aux patients avec une affection de longue durée mais aussi à tous les patients présentant une maladie chronique, des facteurs de risque ou qui sont en situation de perte d'autonomie.

Le décret récent du 30 mars 2023 relatif aux conditions de prescription et de dispensation de l'activité physique adaptée, inscrit dans le code de santé publique, stipule « Une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liées à l'affection de longue durée, à la maladie chronique ou à des situations de perte d'autonomie. L'activité physique adaptée s'adresse aux patients n'ayant pas un niveau régulier d'activité physique égal ou supérieur aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé et qui ne peuvent augmenter leur niveau d'activité physique en autonomie, de façon adaptée et sécurisée. » [22].

L'activité physique adaptée agit au niveau fonctionnel en diminuant la déficience et les incapacités et en élargissant la participation sociale des participants. Les programmes en activité physique adaptée s'adaptent ainsi aux besoins des participants et à leurs capacités. L'intervention s'articule avec celle des autres professionnels de la santé, de l'éducation ou du développement social. L'activité physique adaptée s'appuie donc sur une approche globale bio-psycho-sociale. [23].

2. Prescription d'activité physique adaptée

La promotion de l'activité physique sur ordonnance utilise le lien privilégié entre le patient et son médecin. Le potentiel des cabinets des médecins généralistes est également exploité pour atteindre les personnes inactives les plus éloignées de l'activité physique et promouvoir l'activité physique.

Les bienfaits établis de l'activité physique ont conduit à l'incorporation de la "prescription" d'activité physique dans le Code de la santé publique.

Ainsi l'article D. 1172-2 du code de la santé publique stipule que « le médecin intervenant dans la prise en charge d'un patient atteint d'une affection de longue durée, d'une maladie chronique, présentant des facteurs de risque ou en situation de perte d'autonomie, pour lesquels l'activité physique adaptée a démontré des effets bénéfiques, peut lui prescrire une activité physique adaptée, avec son accord et au vu de sa pathologie ainsi que de sa situation, de ses capacités physiques et du risque médical qu'il présente. » .

Le texte modifié de 2023, procède également à l'élargissement des médecins prescripteurs. Ainsi tout médecin spécialiste de médecine générale ou d'une autre spécialité intervenant dans la prise en charge des patients précités peut prescrire une activité physique adaptée. [22]

Lors de la prescription initiale d'activité physique adaptée, le médecin doit établir le type d'activité, sa durée, sa fréquence, son intensité sur un formulaire spécifique dont le modèle est défini par arrêté du ministère chargé de la santé. Un programme d'activité physique adaptée comprend généralement 48 séances, réparties sur une période de 3 mois ou plus, en fonction de la situation clinique du patient et de son évolution. La fréquence est généralement de 2 à 3 séances par semaine, chacune durant de 45 minutes à 1 heure. Ces séances combinent des exercices d'endurance aérobie et de renforcement musculaire, permettant ainsi d'atteindre les 150 minutes d'activité physique structurée par semaine, d'intensité modérée ou élevée, en plus des activités physiques régulières du quotidien du patient. En fonction de la pathologie ou de l'état de santé ciblé, d'autres types d'exercices tels que des exercices d'équilibre, de coordination, d'assouplissement ou respiratoires peuvent être intégrés. Chaque séance débute par une phase d'échauffement et se termine par une phase de récupération.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié un guide d'aide à la prescription d'activité physique, codifiant ainsi les différentes étapes à évaluer pour une prescription adaptée.

Dans tous les cas une évaluation médicale minimale est recommandée avant toute prescription médicale d'activité physique adaptée, comprenant une estimation du niveau habituel d'activité physique et de sédentarité du patient, une évaluation du risque de survenue d'un accident cardio-vasculaire potentiellement grave lié à l'activité physique et une estimation de l'état de motivation du patient. La HAS recommande de réaliser un dépistage des patients à risque nécessitant un bilan médical plus approfondi avant la prescription d'activité physique adaptée. Cela concerne les patients présentant des signes ou symptômes évocateurs d'une maladie cardio-vasculaire ou respiratoire, métabolique ou rénale non connue ou instable, repérés à l'interrogatoire du patient ou par l'auto-questionnaire Q-AAP+. La HAS préconise également

un bilan médical pour les patients âgés de 70 ans et plus qui envisagent une activité physique d'intensité élevée. Ainsi dans ce guide, la HAS élabore une liste des contre-indications absolues et temporaires à réaliser une activité physique adaptée chez ses patients. [24]

Enfin, les patients doivent répondre à quatre conditions pour bénéficier d'une prescription d'activité physique adaptée :

- Le patient doit souffrir d'une maladie et/ou un état fonctionnel pour lesquels l'APA a démontré ses effets bénéfiques,
- Le patient est considéré comme inactif car il ne pratique pas un niveau d'activité physique régulière égal ou supérieur aux recommandations pour la santé de l'OMS
- Le patient ne peut pas augmenter son niveau d'activité physique en autonomie, de façon adaptée et de façon sécuritaire
- Le patient accepte de suivre un programme d'APA et un changement de comportement plus actif est à terme envisageable

Il existe également des référentiels d'aide à la prescription d'activité physique adaptée, spécifiques, pour les pathologies les plus fréquentes (par exemple le surpoids, le diabète de type 2, l'insuffisance cardiaque chronique, les lombalgies ...). Le médecin doit alors s'appuyer sur ses référentiels lorsqu'ils existent pour prescrire une activité physique adaptée.

Le programme d'activité physique adapté peut être renouvelé par le médecin qui a initié la prescription ou par son médecin généraliste.

Le code de santé publique a ajouté en 2023 un nouvel article D.1172-2-1 stipulant qu'« avec l'accord du patient, le masseur-kinésithérapeute peut, sauf indication contraire du médecin, renouveler une fois la prescription médicale initiale d'activité physique adaptée à l'échéance de la durée de celle-ci ou du nombre de séances prescrites ou l'adapter en termes de type d'activité, d'intensité, de fréquence et de durée ». Dans ce cas, « le masseur-kinésithérapeute doit en informer le médecin prescripteur par tout moyen garantissant la confidentialité des informations transmises » [22].

3. Formation des Enseignants en Activité Physique Adaptée (APA)

L'activité physique adaptée se développe depuis une quarantaine d'années en France. Les premières formations apparaissent dans les années 1970 au Canada puis arrivent en France dans les années 1980 au sein des unités de formation et de recherche en sciences et techniques des activités physiques et sportives (UFR STAPS).

La formation des professionnels en APA comporte une large gamme de connaissances et de compétences physiologiques, psychopathologiques et pédagogiques.

L'activité physique adaptée peut être dispensée soit par un professionnel de santé, à savoir un masseur-kinésithérapeute, un ergothérapeute ou un psychomotricien, soit par un enseignant en APA-S qui est titulaire au minimum d'une licence mention STAPS « activité physique adaptée et santé ».

Le rôle des enseignants en Activité Physique Adaptée est bien encadré par le code de santé publique dans l'article D. 1172-5. Ainsi « la personne qualifiée dispensant l'activité physique adaptée établit au début de la prise en charge du patient, un bilan d'évaluation de la condition physique et des capacités fonctionnelles ainsi qu'un bilan motivationnel qui sert à définir un programme d'activité physique adaptée au patient précisant le type d'activité, d'intensité, de fréquence et le nombre de séances ou la durée de cette activité ».

De plus, l'article stipule qu'un compte rendu périodique sur le déroulement du programme d'activité physique adaptée doit être réalisé par l'enseignant d'activité physique adaptée. Ainsi, les effets sur la condition physique et l'état fonctionnel du patient doivent y être rapportés.

Enfin, il est mentionné qu'« à l'issue du programme, un bilan comparatif d'évaluation de la condition physique et des capacités fonctionnelles ainsi qu'un bilan motivationnel du patient permettant d'apprécier les progrès et les bienfaits pour le patient » doit être réalisé. Il devra y être formulé des propositions de poursuite de ce programme avec des recommandations quant au type d'activité à poursuivre, leur fréquence et leur intensité ou, le cas échéant, si le patient a acquis une autonomie. [22]

Le professionnel de l'APA a le devoir d'adapter le programme à la pathologie chronique, à l'état de santé, à la condition physique et aux risques du patient.

IV – Problématiques engendrées et objectifs

Les troubles musculosquelettiques sont un enjeu majeur du système de santé actuel, et une problématique quotidienne dans l'activité des médecins généralistes. En effet, les troubles musculosquelettiques touchent un salarié sur deux et représentent un coût économique, social et humain important. Nombreux sont en arrêt de travail, consommateurs d'antalgiques réguliers et ont une qualité de vie dégradée.

Les bienfaits de l'activité physique sur la santé sont connus et désormais validés par de nombreuses revues de la littérature publiées en France et à l'étranger. Les recommandations internationales (OMS) promeuvent une activité physique régulière.

Cependant les patients ont des freins, et malgré une bonne connaissance des recommandations, ils ne pratiquent que trop peu d'activité physique régulière.

Depuis 2016, le médecin généraliste peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, dans le cadre du parcours de soins pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risque et des personnes en perte d'autonomie.

Ainsi en prescrivant des séances d'activité physique adaptée aux patients présentant des troubles musculosquelettiques avec un impact sur leur activité professionnelle, quel retour d'expérience font-ils ? Ces patients modifieront-ils leurs habitudes de vie et plus précisément leurs comportements sédentaires ?

Ainsi l'objectif principal de cette étude est d'étudier les bénéfices à moyen terme chez les patients présentant un ou plusieurs troubles musculosquelettiques, à posteriori de leur inclusion dans un programme d'activité physique adaptée.

L'objectif secondaire de cette étude est d'également identifier les freins que présentent ses patients à adopter une vie moins sédentaire.

METHODOLOGIE

I – Type d'étude

L'étude qualitative explore les expériences des patients et des soignants dans le but d'améliorer les soins. De manière plus générale, les recherches qualitatives en santé peuvent aborder diverses thématiques telles que l'organisation des soins, l'expérience de la maladie, ou les actions de santé publique.

Contrairement à la recherche quantitative, qui repose sur une approche hypothético-déductive, la recherche qualitative adopte souvent une approche inductive constructiviste. La construction des connaissances est progressive, flexible et adaptée à la complexité des phénomènes humains. Cette méthode est ouverte au monde de l'expérience, et son approche inductive consiste à explorer une problématique complexe sans hypothèse préalable. Les résultats émergent spontanément au cours de l'étude, issus de l'interaction continue entre le chercheur, et le monde à observer.

Le but d'une étude qualitative est d'explorer la dimension subjective en tenant compte de l'individu dans son environnement naturel et du contexte. L'objet de recherche est perçu comme un champ de savoir à explorer. Ainsi, elle permet « l'expression authentique des expériences humaines » [25].

C'est dans l'optique d'explorer le vécu et plus particulièrement les bénéfices ressentis par les patients à posteriori de leur inclusion dans un programme d'APA qu'un modèle d'étude qualitatif a été choisi. Une approche par phénoménologie interprétative avec la réalisation d'entretiens individuels semi-directifs a été réalisée dans cette étude [26].

II – Population étudiée et déroulement de l'étude

Les patients ont été recrutés par les différents médecins de la maison de santé de RIGNEY, située dans le département du DOUBS, au sein de leur patientèle respective. Le recrutement s'est déroulé de mai 2022 à juin 2023.

Le recrutement consistait en l'intégration dans un programme d'activité physique adaptée, des patients présentant des critères d'inclusion bien définis. Un programme était composé d'une séance d'APA hebdomadaire pendant 10 semaines. Les séances ont été réalisées par un enseignant en activité physique adaptée, au sein de la maison de santé de RIGNEY.

Ainsi, les patients inclus devaient tous être âgés entre 18 et 65 ans, et présenter un ou plusieurs troubles musculosquelettiques affectant leur activité professionnelle. Les patients recrutés avaient soit nécessité un arrêt de travail reconduit au cours de l'année, soit un temps de travail aménagé, soit un aménagement de poste ou étaient reconnus en invalidité secondairement à au moins une pathologie musculosquelettique.

Les patients recrutés devaient également avoir bénéficié d'un bilan clinico-radiologique de leur(s) pathologie(s) musculosquelettiques, et aucune indication chirurgicale ne devait être attendue. Les patients non actifs, à savoir les patients n'ayant pas une activité professionnelle ou n'en recherchant pas une activement, ont été exclus.

Les patients inclus ont tous donné leur consentement oral avant leur inclusion au programme d'APA. Le médecin référent du patient s'est assuré au préalable de la comptabilité de l'état de santé du patient avec la réalisation d'une activité physique par un bilan médical initial.

Un bilan initial réalisé conjointement par l'enseignant d'APA et un masseur kinésithérapeute diplômé d'état (MKDE) a également été réalisé à la première séance afin d'évaluer la condition physique (test de marche de 6 minutes) et les capacités fonctionnelles (examen clinique musculosquelettique) de chaque patient. Ainsi, le programme d'activité physique adaptée a été réalisé en fonction des résultats de ce premier bilan. Chacun des programmes d'APA réalisés dans cette étude comportait au moins un exercice d'endurance aérobie et un exercice de renforcement musculaire. En fonction de la pathologie ou de l'état de santé évalué au bilan

initial pour chaque patient, d'autres types d'exercices tels que des exercices d'équilibre, ou d'assouplissement y ont été intégrés.

Afin que l'activité physique reste adaptée, un programme d'APA ne pouvait inclure plus de huit patients au maximum.

Lors de la première séance un carnet de suivi a été remis à chacun des patients. Ce livret explique de façon claire et simplifiée les connaissances actuelles de la littérature internationale sur l'impact positif de la pratique d'une activité physique pour la prévention et l'évolution de diverses pathologies. Un rappel sur les recommandations énoncées par l'OMS sur la pratique d'une activité physique régulière a également été intégré dans ce livret. Afin de renseigner les patients au mieux, un document expliquant le rôle, l'enjeu et la codification de l'APA a également été intégré au carnet. De plus, le patient pouvait y annoter son ressenti, sa progression et les exercices qu'il avait réalisés à chaque séance. Le réel objectif était de proposer au patient un carnet de suivi où il peut trouver toutes les informations concernant l'APA, les intérêts multiples de la réalisation d'une activité physique régulière et d'y reporter sa progression hebdomadaire. [Annexe 1]

Lors de la dixième séance, soit la dernière du programme, un bilan final a été réalisé par l'enseignant d'APA et un MKDE. Ce bilan avait pour objectif de comparer la condition physique (test de marche de 6 minutes) et les capacités fonctionnelles (bilan clinique musculosquelettique) en fin de programme et d'apprécier les progrès et les bienfaits pour le patient. Selon les résultats, des recommandations quant au type d'activité à poursuivre leur ont été délivrées individuellement.

Lors de la première séance, les patients ont tous été informé qu'un travail de thèse était en cours sur le programme d'APA qu'ils ont intégré. L'investigateur était présent afin de rencontrer les participants, leur remettre un questionnaire et un carnet de suivi. L'investigateur a également expliqué aux patients qu'il les recontacterait à distance, avec leur consentement, afin de réaliser des entretiens individuels.

A posteriori de leur inclusion, dans un délai de 8 à 16 mois, les patients ont été recontactés par téléphone pour leur demander la réalisation d'un entretien semi-dirigé. Seuls les patients ayant accepté l'entretien sont inclus dans l'étude.

III – Recueil des données

1. Caractéristiques de l'échantillon

Un questionnaire a été remis à chacun des patients inclus, lors de la première séance. Ainsi, nous avons recueilli leurs caractéristiques morphologiques et leur âge au moment de l'inclusion au programme d'APA.

Le questionnaire comportait également le « International Physical Activity Questionnaire » (IPAQ) afin d'estimer le niveau de sédentarité initial de chaque patient, avec une interprétation des résultats en MET. [27]

Un score de qualité de vie a également été intégré au questionnaire afin d'estimer l'importance de l'impact des troubles musculosquelettiques sur la vie quotidienne des patients. Le score utilisé est le SF12, largement reconnu à l'international. [28]

Enfin, nous avons questionné les patients sur leur consommation d'antalgiques habituels. [Annexe 2]

2. Entretiens semi-dirigés

Les patients ayant intégrés un programme d'APA et répondant aux critères d'inclusion, ont été recontactés à posteriori par l'investigateur, dans un délai de 8 à 16 mois, par appel téléphonique. Les patients ont été informés de nouveau du travail de thèse sous-jacent, et ceux ayant accepté un entretien ont été inclus dans cette étude.

Les entretiens se sont déroulés majoritairement au domicile des participants selon leurs disponibilités, excepté pour un participant où l'entretien a été réalisé par visioconférence.

Avant de débiter chaque entretien, une introduction réalisée par l'investigateur a permis la présentation de l'étude. Le but étant d'apporter au participant une information claire et loyale sur l'intérêt et la procédure de cette étude. L'investigateur a également assuré aux patients

l'anonymisation des propos recueillis et a valorisé l'importance des témoignages personnels accueillis sans jugement.

Une fois toutes ses informations délivrées, nous avons demandé le consentement oral de chaque patient concernant la participation à l'entretien et l'enregistrement audio des données.

L'enregistrement audio des entretiens a été réalisé avec un dictaphone.

Pour la réalisation de cette étude, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés. C'est-à-dire qu'une trame de questions ouvertes, cohérentes, neutres, simples et faciles à comprendre a été créée en amont par l'investigateur afin de guider l'entretien. Chaque question ne comporte qu'une seule idée et ne présente pas de connotation positive ou négative afin de ne pas orienter la discussion. Le guide d'entretien est présenté en annexe 3 [Annexe 3].

Cependant, les questions gardent une grande flexibilité et l'entretien repose majoritairement sur le témoignage personnel du participant par rapport à son propre vécu du programme d'APA.

3. Éthique

La faisabilité éthique et la pertinence de ce travail ont été soumises puis validées par le Département de Médecine Générale de l'Université de Besançon le 07 septembre 2023.

Pour manipuler les données à caractère confidentiel, une autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés a été obtenue (Référence CNIL 2234201 v 0). Le traitement des données est strictement conforme à la méthodologie de référence MR-001. [Annexe 4]

Le consentement des patients a été recueilli oralement à chaque étape de l'étude : à l'inclusion dans le groupe d'APA, lors du recueil des réponses au questionnaire, et à la réalisation d'un entretien avec un enregistrement audio.

Les enregistrements audios réalisés avec un dictaphone ont été déchargés après chaque entretien dans un dossier informatique, puis ont été supprimés de la mémoire du dictaphone de façon concomitante. Le dossier contenant les enregistrements est sécurisé par un mot de passe que seul l'investigateur connaît. Les enregistrements ont été anonymisés ainsi que le recueil des

données du questionnaire initial. Les entretiens ont ensuite été retranscrits par l'investigateur sur un document Microsoft Word, lui aussi sécurisé par un mot de passe. Toutes les données ont été collectées puis rassemblées sous la forme de « patient 1 », « patient 2 » ...

IV – Analyse des données

L'analyse des données de cette étude a été réalisée par phénoménologie interprétative.

L'analyse interprétative phénoménologique (IPA) est une méthode d'analyse qualitative du discours qui permet de comprendre l'expérience vécue par les patients et le sens qu'ils attribuent à leurs événements. L'IPA vise alors à comprendre le vécu des individus en adoptant une « perspective de l'intérieur » concernant le phénomène sous étude [29]. Cette approche permet d'éclairer des aspects non accessibles via d'autres méthodes d'analyse et prend en compte une dynamique psychosociale.

L'analyse des données a été débutée par une écoute active des enregistrements des entretiens semi-dirigés réalisés. Dans le cadre d'une démarche compréhensive, l'intérêt est de s'immerger dans les données, d'apprécier l'aspect expressif du discours et du langage non verbal. Une fois retranscrit manuellement sur un document Microsoft Word, une lecture « flottante » a été réalisée afin d'annoter et commenter librement le texte. Trois types d'annotation ont été utilisées. Des annotations descriptives, manifestes, qui décrivent au plus près le discours du patient. Des annotations linguistiques décrivant la façon dont le patient parle et des annotations conceptuelles, latentes, selon l'interprétation faite du discours par l'investigateur. Plusieurs lectures ont été réalisées par le chercheur afin d'approfondir et de ne négliger aucun angle d'analyse.

Une triangulation des données a été réalisée avec l'aide d'un investigateur extérieur expérimenté pour trois entretiens sélectionnés au hasard, afin de valider le codage effectué.

Un codage axial des verbatims a ensuite été réalisé par l'investigateur principal de l'étude seul, regroupant les idées similaires mises en évidence à travers les différents entretiens, en propriétés. Les propriétés ont été articulées entre elles pour donner une catégorie. La catégorisation a ensuite permis de définir les axes principaux exposés dans la partie résultats.

Afin de rendre plus visuel les idées principales dégagées des différents entretiens, une carte heuristique a été réalisé par l'investigateur avec l'aide du logiciel Xmind.

Une procédure standardisée reconnue pour rapporter les éléments méthodologiques clés et les caractéristiques des études scientifiques a été suivie, c'est l'échelle Consolidated critères for Reporting Qualitative Studies (COREQ). [Annexe 5]

RESULTATS

Généralités

Au total deux programmes d'APA encadrés par un enseignant en APA ont été organisés au cabinet médical de Rigney (DOUBS).

Le premier programme s'est déroulé du 30 avril 2022 au 02 juillet 2022 inclus. Sept patients ont été intégrés dans ce premier programme d'APA après recueil de leur consentement et bilan médical initial.

Un second programme d'APA a été organisé du 22 avril 2023 au 24 juin 2023 inclus, lui aussi ayant intégré sept patients.

Finalement, seulement sept entretiens semi-dirigés ont pu être réalisés. Certains patients ont dû être exclus de cette étude car ils n'avaient soit pas réalisés suffisamment de séance au cours du programme (moins de 9 séances), soit ils n'ont pas répondu favorablement à la réalisation d'un entretien semi-dirigé à posteriori de leur inclusion dans le programme d'APA.

Le diagramme en flux ci-dessous met en évidence le déroulement de l'étude.

Les entretiens duraient entre 19 minutes et 43 minutes. La durée moyenne d'un entretien était de vingt-six minutes.

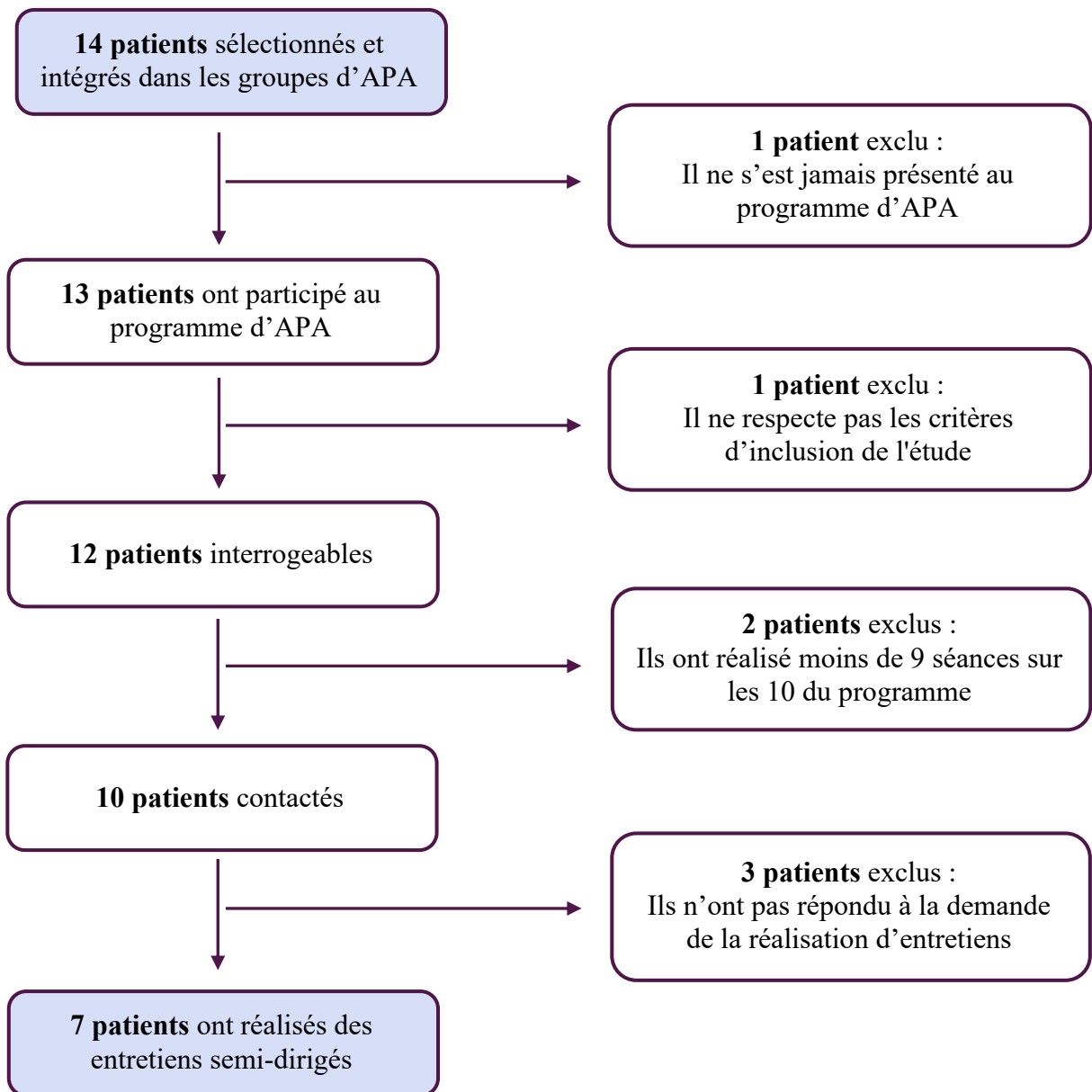


Figure 1 : Diagramme en flux

Caractéristiques de la population interrogée

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6	Patient 7
Sexe	F	F	M	M	F	F	F
Age (années)	50	59	63	59	59	48	57
Taille (cm)	155	165	178	173	177	170	172
Poids (kg)	95	107	92	88	62	140	98
IMC (Kg/m²)	39.5	39.3	29	29,3	19.8	48,5	33.1
Troubles Musculosquelettiques	Cervicalgie Épicondylite droite	Lombalgie Gonalgie	Lomboradiculalgie	Gonalgie	Polyarthralgie Lombalgie	Lombalgie	Lomboradiculalgie
SF12	PCS	24 Composante physique affectée	28 Composante physique affectée	24 Composante physique affectée	20 Composante physique très affectée	16 Composante physique très affectée	28 Composante physique affectée
	MCS	41 Composante mentale affectée modérément	52 Composante mentale non affectée	50 Composante mentale non affectée	49 Composante mentale non affectée	39 Composante mentale affectée	43 Composante mentale modérément affectée
I-PAQ score	489,9 MET Niveau d'AP faible	834 MET Niveau d'AP faible	714 MET Niveau d'AP faible	960 MET Niveau d'AP faible	773 MET Niveau d'AP modérée	556 MET Niveau d'AP faible	1074 MET Niveau d'AP modérée
Consommation antalgiques	Paracétamol Ibuprofène	Paracétamol	Izalgi Paracétamol Solupred	Tramadol	Tramadol Naproxen	Paracétamol Tramadol Lamaline	Paracétamol
Activité professionnelle	MDPH AT prolongé	AT prolongé	Incapacité	MP AT prolongé	MP AT prolongé Mi-temps thérapeutique	Incapacité	AT prolongé

Tableau 1 : Caractéristiques de la population interrogée

PCS : Physical Component Summary

MCS : Mental Component Summary

Résultats des entretiens semi-dirigés

I – Vécu du programme d'APA

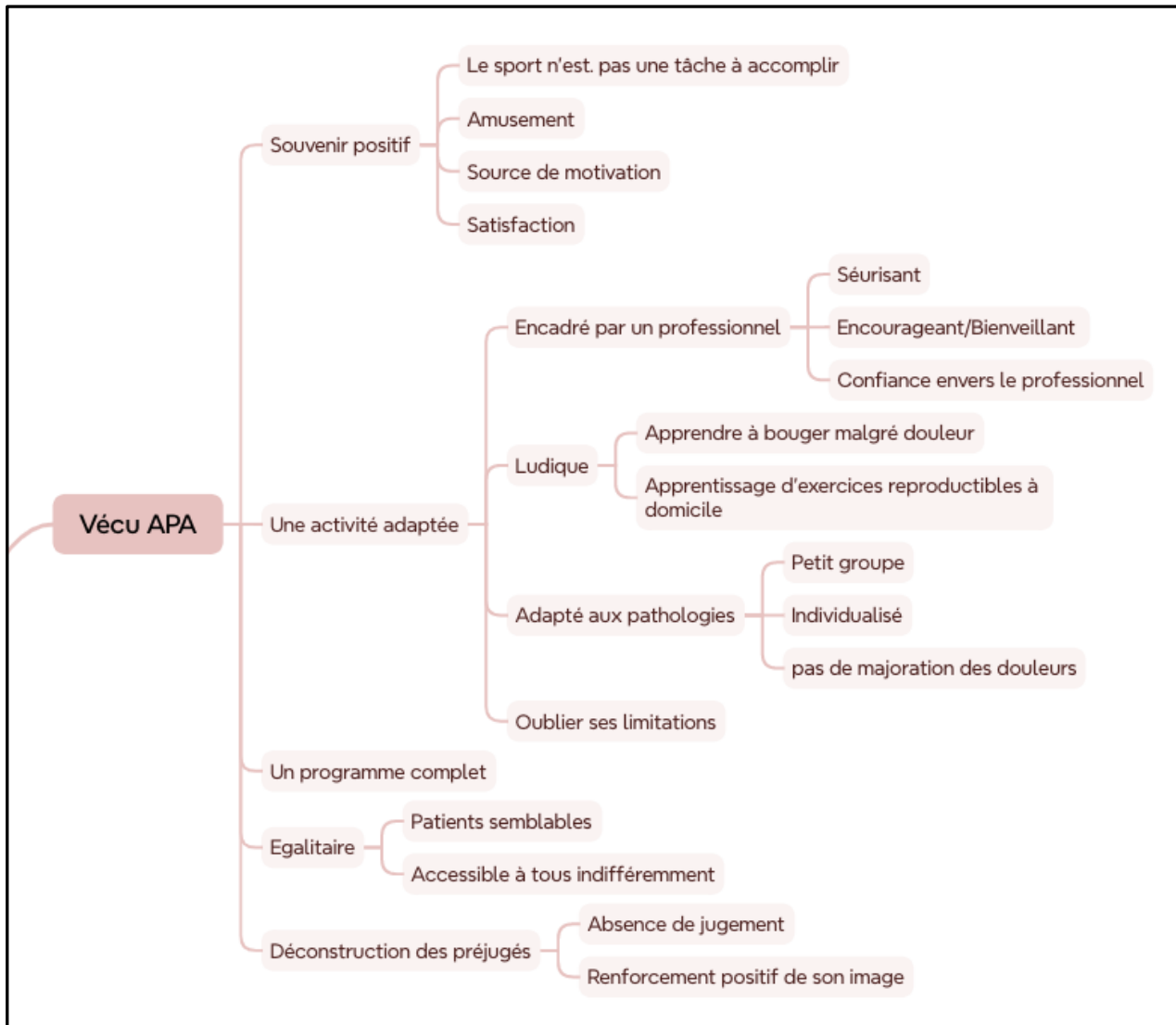


Figure 2 : Carte heuristique du « Vécu de l'APA » par les patients interrogés.

1. Souvenir positif

Lorsque les patients ont été interrogés sur leur intégration au programme d'APA, tous ont décrit le souvenir d'une **expérience positive**.

P6 : « Moi j'ai énormément apprécié »

P2 : « Franchement, j'ai adoré »

- **Le sport n'est pas une tâche à accomplir**

Les patients relatent leur expérience de l'APA comme différente et contrastant avec leur vision de la pratique habituelle du sport. Contrairement à une discipline intense ou exigeante, certains décrivent plutôt une approche sous forme de jeux faisant passer l'activité physique réalisée au second plan.

P5 : « Parce que disons des fois ce n'était pas forcément des mouvements, c'était des petits jeux. Donc c'est ça qui mettait l'ambiance aussi. Ce n'était pas forcément que des exercices mais dans les jeux il y avait des exercices. Et donc c'étaient les jeux qui faisaient l'ambiance que ça se passait super bien. »

P2 : « Ce n'est pas marcher pour marcher »

P5 : « On faisait des mouvements certes mais on faisait des jeux. Que les mouvements étaient intégrés dedans. Donc si on veut ce n'était pas de la gym gym. Donc là ça ne fait pas vraie gym. Parce que la gym elle est dans les jeux. Donc on ne s'en rend pas compte. »

Les patients avaient une appréhension négative commune concernant la pratique d'une activité physique, qu'ils imaginaient comme une tâche à accomplir. Leur intégration au programme d'APA a finalement été une **source de plaisir**.

P5 : « C'était pas trop dur, c'était pas compliqué, c'était bien à faire, c'était facile. »

P6 : « c'est vrai que ce sport-là franchement moi je trouve que c'est idéal »

L'APA a ainsi **fait évoluer leurs préjugés** sur la pratique du sport.

P2 : « pour moi c'était très bien parce que je ne suis pas fan de sport, mais là ça m'a fait beaucoup de bien »

Les patients ont également ressenti de l'amusement et du contentement à réaliser les séances d'APA, leur donnant une **source de motivation** supplémentaire à poursuivre le programme.

P6 : « Moi j'y allais sans problème, vraiment j'avais beaucoup de plaisir à y aller. »

P5 : « Vous travaillez tous vos muscles et tout en faisant comme ça, mais c'était dans les jeux.

Pour moi ça ne me faisait pas faire de la gym. Parce que c'était agréable et qu'on rigolait »

- **Amusement**

Globalement, les patients interrogés semblent avoir vécu leur intégration au programme d'APA comme un **divertissement**.

P7 : « j'ai trouvé ça super cool, super génial, c'était intéressant »

P4 : « C'était bien sympa ! C'était bien sympa »

Une bonne entente au sein des groupes constitués a accru l'**amusement** ressenti par les patients. Ainsi une énergie positive et communicative a renforcé leur **détermination** à participer au programme.

P5 : « On gloussait, c'était fluide avec tout le monde, on avait une entente superbe. C'est ça qu'il faut reconnaître, on rigolait tout le temps. »

P2 : « Il y avait un bon petit groupe. Je pense que dans ces moments-là, comme on a tous quelque chose, on s'entend bien du fait. On ne parle pas de nos malheurs. On fait le sport, puis on rigole. On a rigolé. Il faut reconnaître. Moi, je suis ravie. Je recommencerais bien, mais comme on dit, pas trop de monde à la fois. »

P5 : « Ça a joué aussi l'ambiance. Voilà, c'était toujours une ambiance de rigolade. On rigolait tout le temps, tout le temps, tout le temps. Il n'y avait pas un samedi où on ne passait pas pour dire les deux heures de temps, une heure et demie de temps à rigoler. Tout en faisant ce que Morgane nous demandait à faire. C'était tout le temps dans la bonne humeur, tout le monde rigolait »

L'amusement n'étant pas un sentiment ressenti par les patients dans leur parcours médical habituellement. **Le programme d'APA s'est distingué des autres soins** et leur a particulièrement plu en ce sens.

P3 : « Le sport adapté c'était mieux que la kiné, c'était plus, plus amusant »

P4 « Quand je faisais la marche avec l'infirmier ASALEE, quand je faisais la marche, ça me saoulait, moi ! Ça me saoulait ! Mais là ça allait encore, c'était sympa »

- **Source de motivation**

Comme présenté précédemment, les séances d'APA ayant été vécues comme une expérience positive et amusante, elles leur ont donné **l'envie** de participer aux séances et de reproduire les exercices.

P6 : « le soir quand tu rentres tu pensais à refaire les exercices avec ta chaise, et voilà ça donnait envie »

P5 : « Il faudrait vraiment que je puisse plus le faire pour pas recommencer »

P2 : « J'avais été opérée d'un truc, mais en ambulatoire et puis, la journée après je suis allée quand même, mais je n'ai pas pu faire grand-chose, parce que je n'étais pas bien. Mais je suis quand même allée pour faire, parce que j'avais envie, j'ai fait le minimum. »

Le programme d'APA a également permis à certains patients d'avoir **un but, un objectif**, leur donnant une source d'épanouissement supplémentaire.

P6 : « ça faisait un moment que j'étais pas assidue comme ça »

P6 : « j'avais un but »

- **Satisfaction**

Dans l'ensemble, les patients ont été **satisfaits** de leur intégration au groupe d'APA. Les séances d'APA sont devenues une **rencontre hebdomadaire** agréable et attendu par les patients.

P5 : « Donc tout se passait bien. Donc c'était vraiment fluide. »

P3 : « Tout ce que j'ai fait, c'était bien, c'était sympa »

P2 : « Je sais que j'étais contente d'y aller, parce que ça me faisait bouger. »

P4 : « Au début j'avais pas trop envie d'y aller, mais c'est vrai que après avec le groupe, c'est assez sympa ! »

Un bien-être a été ressenti par les patients.

P1 : « c'était super, ça fait du bien »

P5 : « j'en ai un bon souvenir et ça m'avait fait du bien aussi »

P7 : « que du bon quoi »

2. Une activité adaptée

- **Encadré par un professionnel**

Les patients ont été encadrés tout au long des séances par un enseignant en APA, qui a joué **un rôle sécurisant** en expliquant et en adaptant les exercices à réaliser. Les patients ont été encadrés par un enseignant en APA tout au long des séances.

Les patients se sont ainsi sentis **encouragés** par ce professionnel d'APA.

P7 : « Il nous aidait, il nous apprenait, il nous montrait. C'était top. »

P1 : « c'est vrai que c'est un excellent prof, on s'est senti bien entouré, les explications étaient claires »

P5 : « Donc il me disait voilà vous changez l'exercice ou vous faites ça à la place, ça revient au même. Il adaptait suivant nos pathologies. Il le savait, il y a des jours j'arrivais, j'avais très mal. Donc il me disait surtout ne forcez pas, ça ne va pas. Ne faites pas le mouvement là, vous dites au premier ça ne va pas, on change, on modifie pour vous. »

Les patients ont développé une **relation de confiance** avec le professeur d'APA permettant la pratique d'une activité physique dans une ambiance **bienveillante**. Le bon relationnel a également permis une bonne entente au sein du groupe.

P6 : « Moi le sport adapté ça me convient vraiment. La formule, tout, la façon dont la personne aborde, vous aborde, le fait qu'il n'y a pas de compétitivité... »

P6 : « J'ai beaucoup apprécié le professeur déjà d'APA »

P5 : « il était nickel, il était cool, tout se passait bien, voilà, on était toujours dans la bonne humeur. »

P2 : « on avait un bon coach, Il était bien sympa. »

- **Ludique**

Les patients ont apprécié le côté ludique et **l'approche pédagogique** de l'APA. L'APA a su **susciter leur intérêt** par cette démarche. Ils ont ainsi appris à bouger malgré leurs douleurs.

P6 : « Ce que j'ai beaucoup apprécié c'est l'approche du professeur d'APA parce qu'en fait c'était très très ludique et puis à chaque fois il nous faisait des choses assez originales mais avec un rythme assez soutenu et du coup en fait comme c'était assez original et avec les accessoires adéquats et tout, ce qui fait que le soir quand tu rentres tu pensais à refaire les exercices avec ta chaise, et voilà ça donnait envie »

P7 : « J'ai appris des trucs à faire, des exercices. Non mais j'ai trouvé ça super intéressant. »

P5 : « Des fois je suis partie et j'avais quand même mal, je disais je suis déjà à 4-5 de douleurs là. Et puis résultat je le faisais et je n'avais pas plus mal. »

La compréhension des exercices réalisés et l'apprentissage d'exercices reproductibles à domicile rend les **patients acteurs** et leur confère les clés de l'**autonomie**.

P6 : « par exemple, lui m'a donné des petits exercices pour le dos avec le bâton, les bâtons de marche nordiques et faire les fameux étirements, vous voyez, avec le bâton et tout ça. Et j'hésite pas à faire quand je sens que ça va pas en fait. »

- **Adapté aux pathologies**

L'une des qualités de l'APA appréciée par les patients est qu'elle soit **adaptée à leurs pathologies**. Cela a permis à chacun de participer, **quelle que soit leur condition physique**, sans se sentir marginalisé.

P6 : « Ce sport là ce que j'apprécie moi si vous voulez c'est que « adapté » c'est vraiment le mot. Parce que en fait il s'adapte beaucoup à la personne, chaque personne est différente ». « il y avait un cours de cardio mais qui était trop dur avec un coach dans mon village »

P5 : « c'est ce qu'il disait si vous pouvez pas moi j'adapte. Il fait faire mais après il disait je fais en fonction aussi des gens. Du coup j'arrivais à faire les exercices comme les autres »

Certains freins et appréhensions ressentis par les patients à la réalisation d'une activité physique ont ainsi pu être levés.

P6 : « En fait toutes les choses qu'on faisait c'était adapté à ma corpulence, donc du coup c'est important ça »

P2 « on nous a fait faire des exercices les yeux fermés. Alors là, dès que je ferme les yeux... Ouh! Mais bon, c'était sympa. Moi, j'ai bien aimé. »

- **Oublier ses limitations**

Du fait de l'adaptation des exercices à leurs différentes pathologies, les patients ont tous pu participer aux séances. Cela leur a permis d'**oublier leurs limitations quotidiennes** et de se sentir aussi capable que les autres.

P3 : « mais ça fait du bien, parce qu'on bouge un peu plus le corps et on oublie les douleurs et tout »

P2 : « Déjà, on oublie un petit peu ce qu'on a. »

3. Un programme complet

Lors des séances, différents exercices de renforcement musculaire, endurance, souplesse et équilibre ont été réalisés par les patients. Ainsi, il n'y a pas seulement l'articulation douloureuse qui est rééduquée mais c'est un travail de l'ensemble du corps et de ses tissus qui est recherché. Les patients se sont épanouis dans ce programme pour son **exhaustivité**.

P1 : « Pendant l'APA c'était différent on faisait pas que le bras, donc ça faisait du bien pour le reste du corps ».

P5 : « en travaillant quand même trois points qui sont vraiment importants dans le sport c'est l'endurance, l'équilibre, parce que mine de rien l'équilibre bah voilà si on n'arrive pas à se tenir bien droit on peut se faire mal parce que si on fait des choses sur un rameur ou ailleurs si on n'a pas la notion de ça de se tenir bien droit, d'être en équilibre. Et puis la souplesse quoi c'est important quoi, la souplesse ouais. Ça nous fait travailler aussi c'est complet, ça fait travailler tout plein de points, que ce soit les poignets, que ce soit voyez les épaules, que tout ça enfin moi je trouve que c'était les torsions aussi voilà c'est vraiment qu'on n'a pas forcément avec la marche voyez. »

P6 : « phase de remise en forme »

P2 : « « On faisait des petits ateliers pour l'équilibre pour tout, pour les muscles ... On faisait des trucs sympas. » « J'ai fait beaucoup de kiné, mais moi j'ai préféré le sport. Je sais que j'ai préféré faire ce sport-là »

4. Égalitaire

- **Patients semblables**

Les patients ont pu **s'identifier les uns aux autres** du fait qu'ils présentaient tous des douleurs invalidantes. Une connexion entre eux a alors été favorisée, un sentiment d'entraide et de solidarité est rapidement né. Les patients se sont apportés du **soutien** collectivement.

P5 : « on parlait de tout avec les gens qui étaient là. C'était des gens qui sont comme nous. Donc ils peuvent nous comprendre que vous êtes avec des gens qui n'ont rien. Qui peuvent pas comprendre qu'on est comme ça. Malgré que ça ne se voit pas, mais qu'on souffre. »

P7 : « Justement, il faut qu'on s'entraide, on se prend le coup. Il y a une qui va pas bien, on l'aide, on le soutient... »

Le fait que les patients puissent s'identifier les uns aux autres, cela les a stimulés à réussir les exercices autant que les autres et à ne pas lâcher prise. Les patients se sont sentis encouragés par les autres patients. L'ambiance bienveillante les a aidés à s'épanouir et à se dépasser.

P2 : « On essaye, du fait qu'il y en a d'autres, on essaye de faire au maximum pour essayer d'y arriver autant qu'eux. » « Ça faisait du bien de voir d'autres personnes, il y avait d'autres

personnes qui étaient plus abîmées que nous, donc, automatiquement, ça nous encourage encore plus. »

- **Accessible à tous indifféremment**

L'APA est accessible à tous puisqu'elle se veut adaptée à chacun. Les patients ne nécessitent pas de capacité physique préalable pour suivre l'enseignement. Ainsi les patients étaient tous sur un pied d'égalité peu importe leur niveau sportif initial.

P5 : « Il y avait une personne qui avait même pas 50 ans, résultat qu'elle était même plus handicapée que moi. Donc il modifiait beaucoup de choses, il adaptait »

P3 : « c'est du sport qui est adapté à tout le monde. C'est pas la peine d'être un grand sportif pour faire tout ce qu'il y avait à faire »

De plus, les patients ont recommandé le programme à diverses personnes de leur entourage. Ces personnes représentent un large panel de la population générale, mettant en évidence l'accessibilité non catégorisée de l'APA.

P6 : « je le conseillerais à des personnes à peu près la tranche d'âge de 40, 60. Actif ou pas. Et puis, essentiellement, les femmes aussi. Surtout des femmes qui restent un peu à la maison et tout ça, en fait. » « Et puis, je dirais que je le conseillerais à mon mari aussi. »

P7 : « Pour le moral oui et pour ceux qui ont des problèmes, voilà, qui ont mal au dos, ou mal aux jambes, oui »

5. Déconstruction des préjugés

Bien que les patients aient accepté d'intégrer le programme d'APA, ils présentaient des freins à la pratique d'une activité physique. Le frein le plus cité dans les entretiens était la peur du jugement d'autrui.

P6 : « Mais c'était toujours la crainte que ça ne soit pas adapté, que je ne puisse pas faire. C'était ça, moi il y aura plein de choses que je ne pourrais pas faire. Je vais être là au milieu et les gens vont me regarder et se moquer parce que je ne peux pas faire »

- **Absence de jugement**

Tous les patients intégrés présentaient des douleurs et/ou pathologies invalidantes, ce qui a rapidement créé une **atmosphère solidaire et bienveillante** entre eux. Les patients ont ainsi évolué en toute sérénité et **sans crainte du jugement d'autrui**.

P5 : « Là c'était exprès pour les gens, ils avaient tous des problèmes. Donc il n'y a pas eu d'écart, il n'y a pas eu de différence, on n'était pas mal vu, critiqué ou quoi que ce soit. »

P6 : « J'avais peur qu'on se moque parce que je ne peux pas faire. Mais en fait c'était adapté, et tout le monde était là pour la même chose »

P5 : « Au début ce qui retient un petit peu franchement c'est de se dire les gens on se fiche de vous si vous ne pouvez pas faire. C'est un peu la peur. Une autre femme du groupe aussi c'est pour ça aussi que ça l'effrayait de venir comme ça parce qu'on se sent gêné au milieu des autres... mais finalement tout s'est bien passé, j'ai vu qu'il y en avait qui étaient autant invalidés que moi. Et puis tout le monde est dans le même cas donc personne ne se moque de personne. »

P6 : « il n'y avait pas de jugement, et ça c'est important pour se remettre, surtout quand on a un gros problème de poids comme moi »

P7 : « Et en fait, quand on est tous dans le même panier, on va dire, dans le même corps, on n'est pas là pour se juger à la base, on est là pour soulager ses douleurs et pour apprendre.

- **Renforcement positif de son image**

Tous les patients ont pu réaliser les exercices au cours des séances du fait qu'ils étaient adaptés à leur pathologie. Cela les a aidés à **recouvrer une confiance** en eux et d'acquérir de la **fierté**.

P6 : « Les personnes étaient vraiment bienveillantes autour de moi. Même dans la salle d'attente, quand on faisait le test de la marche, qu'on le faisait dans le couloir, les gens que je connaissais étaient un peu admiratifs. Je pense qu'ils avaient envie de le faire aussi quelque part. »

Certains patients ayant une image négative d'eux même se sous-estimaient. Ainsi, ne se pensant pas capable de réaliser certains exercices ils ont finalement été **agréablement surpris de leur réussite**. Ceci renforce leur propre **estime d'eux-mêmes** et les encourage à repousser leurs limites.

P2 : « ça nous surprenait. Dans le bon sens. Que jamais j'aurais pensé faire des trucs, autant de sport et autant de choses différentes »

P6 : « Et malgré mon poids j'ai réussi à faire les exercices et tout »

P3 : « J'ai gagné en souplesse, j'ai jamais été beaucoup souple. Mais on arrivait quand même à faire des choses. »

II – Bénéfices

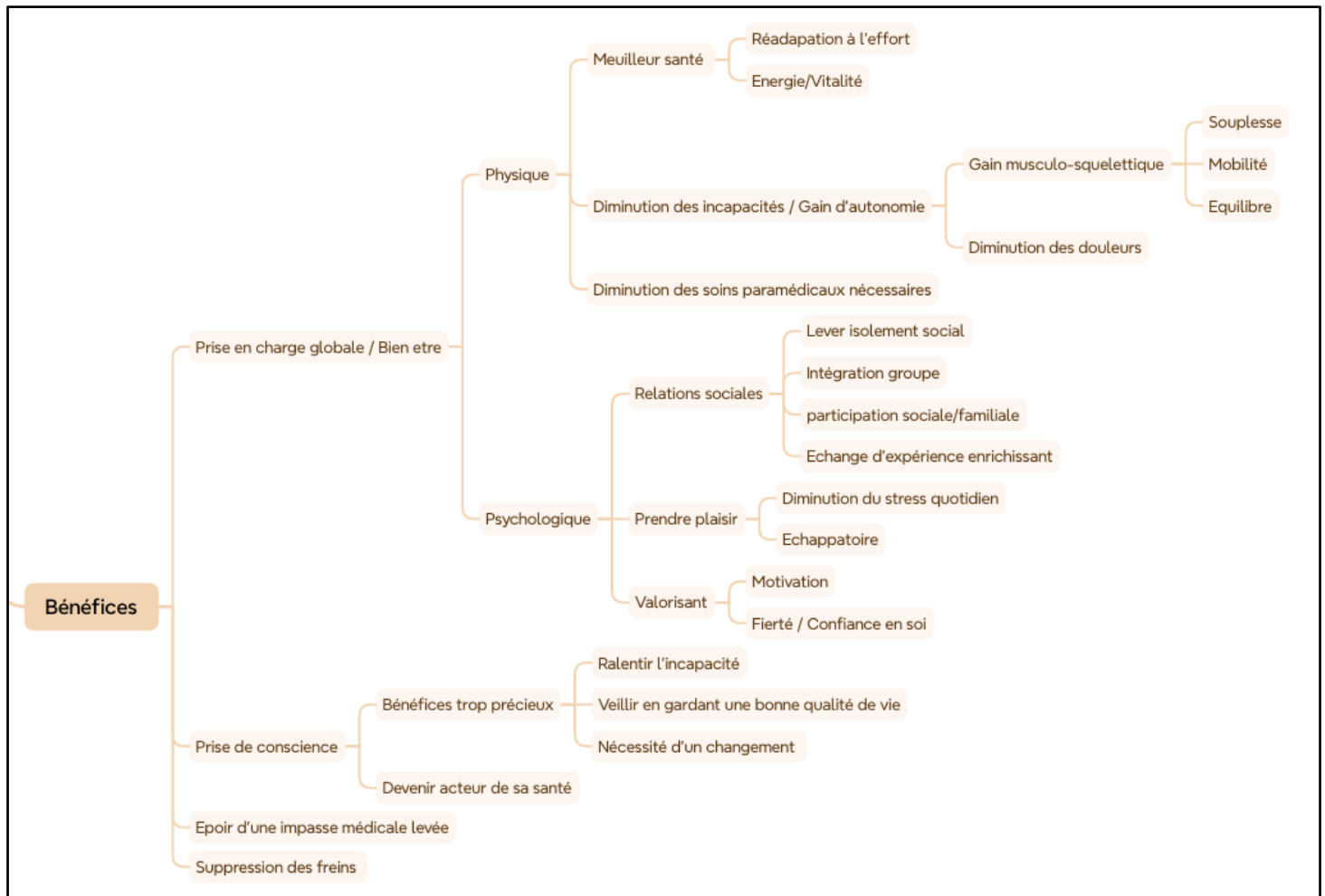


Figure 3 : Carte heuristique des « Bénéfices ressentis par les patients lors de leur intégration dans un programme d'APA »

1. Bien-être Physique

- **Meilleure santé**

Certains patients se sont sentis « **en meilleure santé** » générale lors de la pratique d'APA.

Les patients décrivent une **réadaptation cardio-respiratoire à l'effort**, et un sentiment de **bien-être** après l'effort. Les patients relatent aussi un **gain d'énergie** et de vitalité depuis leur intégration au programme d'APA.

P6 : « Même le stress que j'avais pour monter les escaliers, par exemple, j'étais essoufflée pour le moindre effort...après les séances j'ai vraiment récupéré du souffle » « je ne suis plus malade depuis que j'ai repris le sport »

P1 : « Au niveau de souffle, ça m'a fait du bien, donc j'ai arrêté la cigarette, car j'ai vu que je manquais de souffle » « là je pense que je me suis rendu compte que j'avais moins de souffle, et là en refaisant les exercices et tout ça, je pense que le souffle est un peu plus revenu mine de rien »

P2 : « Après, je ne me sens plus dynamique, comme on dit. »

P3 : « On bougeait et tout donc on se sentait bien après »

- **Diminution des incapacités**

Les patients ont ressenti un vrai **gain sur le plan musculosquelettique** à la réalisation des séances d'APA. Certains ont récupéré en souplesse, ont acquis une **meilleure mobilité**, améliorant leur quotidien, et **gagnant en autonomie**. D'autres ont perçu une nette amélioration de leur équilibre.

P6 : « J'ai vu complètement, les bienfaits sur mon corps se remettre au sport, faire de la souplesse. Par exemple, avant de commencer je n'arrivais pas à lacer mes lacets, j'étais essoufflée, j'avais pas d'équilibre. Et à la fin des séances, j'avais récupéré pour pouvoir faire mes lacets et tout ça, de la souplesse, de l'équilibre et de l'endurance »

P5 : « c'est vrai qu'au niveau équilibre, au niveau tout, on arrive à reprendre. »

P2 : « comme j'ai des difficultés à bouger, tout, après je me sentais mieux »

P3 : « on avait bien gagné en mobilité »

Certains de ses gains musculosquelettiques ressentis par les patients ont également été objectivés par des professionnels de la santé.

P6 : « A cette époque-là en plus j'étais suivie par le kiné, qui lui a aussi noté tout plein de changements positifs pendant les séances »

Les patients décrivent une nette amélioration également au niveau de leurs douleurs. En effet, ils rapportent une diminution et parfois même **une suppression de leurs douleurs chroniques** grâce à la réalisation des séances d'APA.

P6 : « Par exemple, avant de commencer j'avais très très mal, j'avais beaucoup de sciatique et tout, après les séances je n'avais quasiment plus de douleur » « Et je disais, là, en fait, j'ai plus mal là, depuis que je fais le sport adapté, j'ai plus mal là et tout. »

P5 : « Au niveau des douleurs j'en avais peut-être moins aussi. Des fois j'étais peut-être plus souple, moins raide que d'autres jours. »

P2 : « Je sais que j'arrivais mieux à bouger. Moi qui avais toujours mal au dos, j'avais plus mal du fait que je faisais du sport régulièrement. Ça m'était bénéfique »

P5 : « De toute façon j'ai toujours eu plus mal aux périodes de l'hiver. Mais bon je dirais l'hiver dernier et tout ça a quand même été mieux. »

P2 : « Parce que sur les douleurs, ça faisait du bien. D'ailleurs, il y en avait qui avaient plus mal que nous, ça leur faisait du bien aussi »

Les soins paramédicaux telle que la kinésithérapie **ont également pu être suspendus** chez certains patients devant l'amélioration des douleurs et le gain sur le plan musculosquelettique obtenus.

P6 : « En plus là, après le sport adapté et tout, on a même convenu avec le kiné d'arrêter les séances de kinés. »

2. Bien être psychologique

- **Relations sociales**

Le premier bénéfice de l'APA soulevé par les patients était de **lever l'isolement social**. Au cours des séances les patients ont rencontré de nouvelles personnes, avec qui ils ont tissés des liens sociaux. Les séances d'APA sont un ainsi une **source de sociabilisation** et donc de lutte contre l'isolement pour les patients.

P1 : « ça fait du bien au moral, ça nous permet de voir du monde. » « Moralement oui, ça fait du bien parce que ça permet de voir du monde »

P2 : « On voyait d'autres personnes. Pour moi, c'était bien. Je suis prête à repartir. »

P6 : « J'ai senti le bénéfice au niveau psychologique aussi. Et le fait de sortir de chez moi, de prendre du temps pour moi et d'enfin arrêter de m'oublier. »

P7 : « Je sais pas comment vous dire, on est seule, c'est pas pareil, on a pas la même motivation qu'en groupe. » « c'est bon pour le moral, c'est bon pour la santé. »

En effet, en intégrant le programme d'APA ils ont également été **intégré au sein d'un groupe**, d'une communauté. Cela étant également favorisé par le fait qu'ils présentaient tous des douleurs musculosquelettiques et se comprenaient en ce sens. Le sentiment d'appartenance à un groupe est important pour les patients, souvent très isolés. Les séances d'APA ont ainsi impacté positivement leur moral en leur permettant de créer des liens sociaux

P7 : « Et puis j'ai des gens du groupe qui m'ont pris mon numéro, qui m'ont dit on va se rappeler, on va se voir, on va aller marcher ensemble »

P1 : « On avait tous le même souci, le même problème, le même...On a tous le même souci, on est tous comme ça, mais on est tous là pour la même cause. Je n'ai pas senti de jugement, je suis bien avec eux. »

P5 : « Au contraire tout le monde discute ensemble, ça se passe super bien »

P3 : « c'était convivial. »

P4 : « Les jeux, les tests qu'on faisait, quand on est en groupe comme ça on rigole de la bêtise des autres, c'est sympa ! »

Être intégré à un groupe a également été une **source de motivation** pour participer aux séances d'APA. Il est en effet plus difficile de rester motivé lorsqu'il faut réaliser une activité physique seul. L'effet de groupe a renforcé l'assiduité et l'envie de pratiquer une activité physique.

P7 : « Parce que tout seul, on ne ferait pas toutes ces choses d'assouplissement, de tout ça et je trouve que le fait de faire partie d'un groupe et tout, et puis de s'obliger à se dire, tiens, je vais à ma séance et tout, ça fait prendre conscience qu'on en a besoin aussi pour avancer dans... que ça s'améliore la maladie. »

Les douleurs chroniques et les incapacités qu'elles engendrent participent à l'isolement des patients. Un isolement peut aussi se créer au sein de la sphère familiale. Un patient décrit ainsi une **meilleure intégration familiale** à la suite de l'amélioration sa capacité physique avec les séances d'APA.

P3 : « On est quand même très famille, depuis qu'on a eu les petits-enfants, on bouge plus du fait que quand ils sont là, on joue avec eux, il faut leur courir après. C'est plus facile quand on a une meilleure condition physique à côté »

Les similitudes entre les patients les ont également amenés à **échanger sur leurs expériences et vécus respectifs**. Pour certains les récits des vécus des autres participants ont été enrichissant leur permettant d'appréhender différemment leurs pathologies et leur avenir. Les échanges d'expérience peuvent permettre aussi de lever isolement en découvrant que d'autres ont des histoires de vies comparables. Cela peut être comparé à une **thérapie par des groupes de paroles**.

P5 : « Donc elle disait, mon mari est obligé de me couper ma viande, même des fois comme elle dit quand on a du monde ou quoi que ce soit. Je suis là, je suis bloqué, je ne peux plus rien faire. Elle dit c'est vrai que c'est gênant. On se dit à son âge et puis qu'on a besoin. Ben j'ai dit oui, moi j'ai connu ça aussi. Mon mari m'aidait à m'habiller, il m'habillait quand j'étais en crise. »

- **Prendre plaisir**

Les patients ont pris plaisir à participer aux séances d'APA. Cela leur a créé **une parenthèse dans le stress du quotidien**.

P5 : « Et puis ça joue sur le moral aussi. Voilà le problème c'est ça. Vous êtes toute seule et vous cogitez encore un peu plus. Et puis voilà vous faites comment ? »

P6 : « je me suis rendu compte que oui, effectivement, ça faisait du bien au moral »

P5 : « Surtout des fois quand on avait un peu mal, on partait, on n'avait pas trop de moral et puis tout le monde rigolait, c'est vrai que c'était super. »

Les séances d'APA revêtaient pour certains une importance bien plus grande qu'une simple pause dans leur quotidien. Elles devenaient **une véritable échappatoire**, un moyen de s'évader de leur routine et de trouver **un espace de liberté et de bien-être**.

P2 : « Comme moi qui ai été malade, qui ai eu un cancer, ça m'a fait du bien parce que j'ai vu d'autres personnes. Et puis, ça m'a sortie de plein de choses. »

P6 : « j'avais besoin de sortir de la maison » « ça me faisait souffler » « Moi ça me permettait aussi de m'échapper de ma condition de parent aidant et tout ça. »

P5 : « Je me débrouille depuis le décès de mon mari, c'est pas facile mais pas le choix. On y pense forcément, comment je vais faire, comment ça va se passer »

- **Valorisant**

Les exercices étant adaptés, les patients ont réussi à les réaliser malgré leurs douleurs. Le fait de pouvoir accomplir ces activités, même avec des limitations physiques, a été extrêmement valorisant pour eux. Cette réussite a non seulement apporté **un sentiment de fierté**, mais elle a également joué un rôle crucial dans le renforcement de leur **confiance en eux**.

P6 : « c'était très motivant, moralement »

« C'était dur au début, moi je suis énormément... Au tout début, je me disais mais c'est pas possible, j'arrive pas à me bouger, j'arrive pas à faire...et puis après ça allait mieux et j'ai vraiment senti un bénéfice »

« Et avant, c'était l'enfer quoi. J'avais l'impression que mon cœur allait se déchirer de ma poitrine, le sang dans la bouche, puis je me disais, mais purée je vais jamais y arriver quoi. Et maintenant, j'y arrive »

P2 : « c'était pas facile, c'était comme ça. Mais je l'ai quand même fait. J'en ai bavé beaucoup, même, Mais j'étais contente, le soir, j'étais bien. »

3. Prise de conscience

- **Bénéfices trop précieux**

La plupart des patients ont pris conscience des **bienfaits de l'activité physique sur leur qualité de vie** après avoir intégré le programme d'APA. En effet, la pratique régulière d'une activité physique a permis de réduire leurs limitations quotidiennes, leur offrant ainsi une plus grande autonomie. Intégrer une activité physique dans leur routine est alors devenu essentiel.

De plus, les patients ont réalisé que, malgré leur pathologie, il est possible de vivre et de vieillir avec une bonne qualité de vie. Cette perspective a transformé la manière dont ils perçoivent leur santé et leur avenir.

P6 : « Après moi j'ai eu une coupure temporairement. Parce que voilà j'ai eu des soucis, j'ai eu des problèmes dans ma maison du coup j'ai dû arrêter le sport à un moment donné, j'étais un peu plus enfermée chez moi et tout. Et du coup les douleurs ont réapparu. Et le moral était vraiment plus bas. Et après j'ai remis le pied à l'étrier et là je suis repartie pour la marche et tout et je me sens mieux »

P5 : « Mais maintenant je me dis que j'ai plus le choix. Comme j'ai trop mal, vous souffrez, vous dites si ça peut m'améliorer, m'aider, et bien voilà »

« Vous vous dites, j'arrive à un point où je suis réduit, mais quand c'est comme ça, vous vous dites mais je ne suis encore pas âgée. Donc oui, vous posez toujours des questions »

- **Devenir acteur de sa santé**

Pour certains patients, **une véritable prise de conscience** de leur état de santé s'est opérée, vécue comme un véritable déclic. Grâce à cette révélation ils ont réalisé des **changements radicaux dans leurs habitudes de vie**.

P1 : « Je me suis dit ouais la cigarette ça me tue en fait, parce que pendant 20 ans j'ai pas fumé, là j'ai repris, et en faisant les exercices je voyais que j'étais beaucoup plus essoufflée que ça quand je fumais pas, donc mine de rien j'ai dit ouais c'est dommage, donc il faut que j'essaye de faire quelque chose au niveau de ça, oui »

P6 : « les cours d'APA ça m'a remis à l'étrier de me dire bah allez il faut que je me soigne, que je prenne soin de moi, que j'oublie un peu les autres et puis que je me recentre sur moi »

« Ça m'a bousculé. Et il fallait que je me réveille. Ça m'a vraiment aidé à me mettre devant le fait accompli, sur ma prise de poids que je n'avais pas conscience, que je ne voyais pas mon corps que j'étais dans le déni, vous voyez. Et le travail avec l'infirmier et avec le docteur nous a aidé à prendre conscience de ça. Parce qu'il m'a dit que si je continuais comme ça, voilà, j'allais faire une crise cardiaque et puis tout ça. Tout ça, ça peut plus être possible. »

P5 : « Après quand vous voyez que ça commence à empirer et tout, vous vous dites j'ai plus le choix. Il faut que je fasse attention. Donc vous vous ménagez un peu, vous faites plus attention et plus d'exercice. »

4. Impasse médicale levée

Grace à l'APA, les patients ont pris conscience de leurs capacités physiques et ont commencé à croire en leur **potentiel de récupération et d'amélioration**. Cette perception positive d'une amélioration tangible a été un facteur déterminant qui les a motivés à continuer et à persévérer dans leurs efforts.

Pour les patients l'impasse thérapeutique représentait un poids important et entraînait un sentiment de résignation.

Mais cette expérience semble non seulement améliorée leur condition physique, mais a également enrichir leur état mental et émotionnel, leur offrant **un nouvel espoir** et une nouvelle détermination dans leur parcours de guérison.

P1 : « Le problème, vu que j'avais mal, et que le kiné me touchait, il m'a dit « je ne sais pas quoi faire du coup, si vous avez mal, quand je vous masse, je vous fais faire des exercices... », donc c'était un peu compliqué on va dire »

P3 : « Moi, j'avais un problème de dos à cette époque-là. Et puis, même le kiné, ça ne faisait pas grand-chose. Et puis l'APA, ça a quand même été bénéfique. Le mal de dos, il a quand même été mieux »

P6 : « vous voyez, moi plusieurs fois, quand mon fils faisait tomber des choses par terre, y'a des fois, j'arrivais pas à me relever. Quand je ramassais la chose par terre, ou par exemple j'arrivais pas à me mettre sur un tabouret. J'arrivais pas à avoir la flexion, l'appui pour me mettre sur le tabouret avec mon fils. Maintenant j'y arrive et ce n'est plus une source d'angoisse »

5. Suppression des freins

Les patients présentaient de nombreux freins à la réalisation d'une activité physique régulière lors de leur intégration au programme d'APA. Ces freins rapportés par les patients sont décrits dans une partie sous-jacente.

On note que leur intégration au programme d'APA a permis de lever certains de ces freins initialement présents. Ainsi l'APA peut jouer un véritable **rôle de tremplin dans la réalisation d'une future activité physique en autonomie.**

P6 : « Maintenant je vais facilement marcher de mon plein grès, et puis j'ai plus peur, parce qu'avant j'avais peur d'aller dans la forêt et tout. Et maintenant je vais marcher facilement trois quarts d'heure dès que j'en ai envie quoi. » « C'était ça la crainte qui bloquait. »

P3. : « Presque tous, ils n'osaient pas au début. Et après, c'est vrai qu'ils étaient bien sympathiques. »

P2 : « Parce qu'on n'aime pas trop quand on ne connaît pas. De pas connaître les gens ça nous freinait. Mais après on était un groupe, on les a connus. »

III – Freins

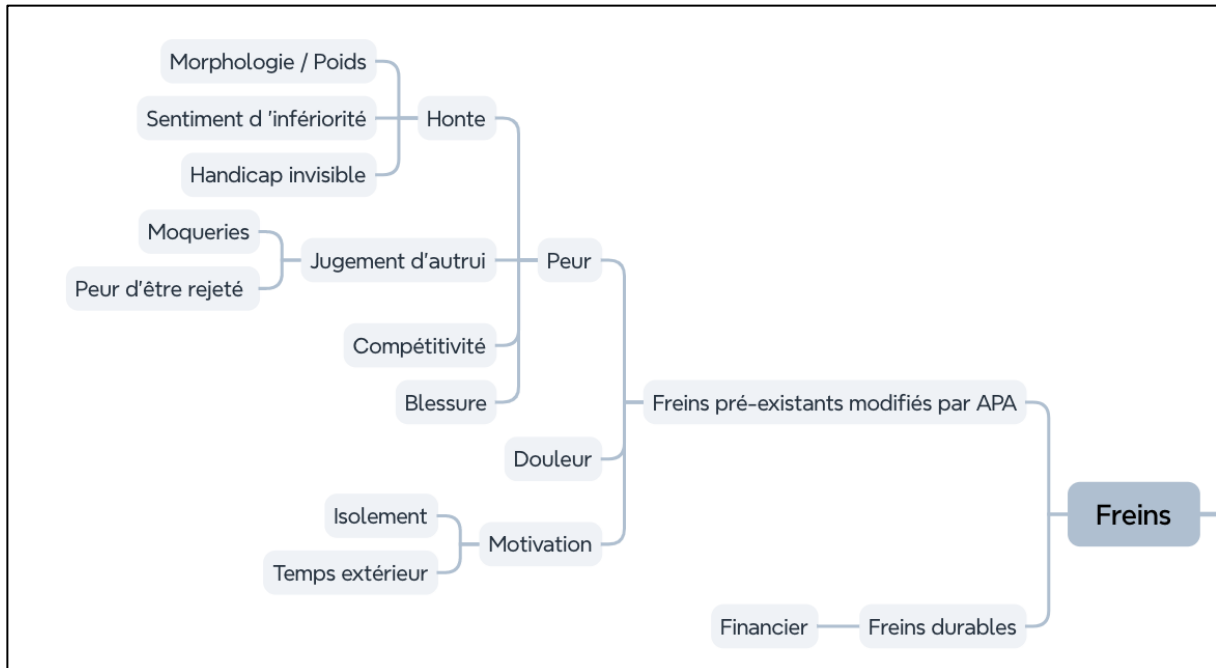


Figure 4 : Carte heuristique des « Freins à la réalisation d'une activité physique »

Au cours des entretiens, les patients ont exprimé de nombreux obstacles à la pratique régulière d'une activité physique. Cependant, après leur intégration aux séances d'APA, certains de ces freins ont été levés et certaines appréhensions ont disparu. Ainsi, l'APA a permis de supprimer certaines barrières à la pratique d'une activité physique. Toutefois, d'autres obstacles restent profondément ancrés et n'ont pas pu être surmontés par les patients interrogés.

1. Freins préexistants modifiables après l'intégration dans un programme d'APA

- **Peurs**

Les patients interrogés relaient différentes peurs à la réalisation d'une activité sportive. L'une des peurs majoritairement rapportées est **la honte de son poids, de son corps**.

P6 : « Vous savez quand vous êtes obèse, quand vous êtes à peu près dans les 130-140 kilos, dès que vous faites du sport forcément vous transpirez énormément, donc ça c'est très très

désagréable. Si vous êtes par terre, les gestes sont... c'est plus difficile de se relever que pour une personne qui n'a pas de problème de poids, pour les genoux, les poignets, enfin tout ça. »

Les patients avaient tous des appréhensions concernant le regard d'autrui et **la peur du jugement des autres participants**, surtout en raison de **handicaps invisibles** et difficiles à percevoir par les personnes extérieures. Ils **craignaient également d'être rejetés et moqués**.

P5 : « Au début vous vous dites je vais pas y aller, vous avez peur parce que vous vous dites je vais être rejetée »

« Je suis limité à beaucoup de choses quand même. Les gens ne peuvent pas y croire »

Les patients présentaient également une faible estime d'eux-mêmes. En effet, ils se pensaient **incapables de réussir** une activité sportive et de s'épanouir dans un tel projet. Ce **sentiment d'infériorité** et la peur du rejet semblent avoir été des freins parfois paralysants pour les patients.

P5 : « Vous avez peur parce qu'il y aura des choses qu'on ne peut pas faire. Vous serez mis à l'écart. »

P2 : « Il y a un truc de marche à Rigney, mais on n'a pas envie d'y aller. On aime mieux marcher les deux, on se sent tranquille et puis à notre rythme. Ça, je savais qu'il y en avait, mais nous, on aime bien être tranquille, parce qu'on veut... Si on doit s'arrêter un quart d'heure, on s'arrête. Voilà, quoi. On ne pénalise pas tout un groupe ».

De plus le sport étant fréquemment associé à un **esprit de compétitivité**, les patients appréhendaient cette ambiance hiérarchique pouvant les mettre à l'écart.

P2 : « On se dit qu'on va pas y arriver, qu'on va ralentir tout le monde... mais en fait y'a pas eu de compétitivité, on était tous pareil. »

Les patients craignaient également **d'être limités par leurs douleurs** et de ne pas réussir à effectuer les exercices.

P1 : « même soulevé la carafe d'eau c'est difficile avec mon bras, donc je me suis dit que j'allais pas pouvoir faire grand-chose »

P5 : « avec mes douleurs, je me disais je vais pas pouvoir suivre, et puis je suis toute bloquée partout tout le temps, toute raide »

D'autres freins comme la **peur de la blessure** ont également été évoqué.

P6 : « puis on a peur de se blesser, moi avec mon poids, si on fait des exercices au sol tout ça, après pour se relever, les articulations c'est difficile, on a peur de se tordre quelque chose »

Enfin, un frein rapporté fréquemment était également le **manque de motivation**, surtout chez les patients isolés et seuls.

P2 : « c'est vrai qu'il faut trouver la motivation quand même »

P3 : « on a pas toujours très envi ... »

P7 : « quand vous êtes tout seul, c'est difficile, donc vous faites pas »

Finalement, **ces freins préexistants ont pu être levés** pour certains patients à la suite de leur intégration au programme d'APA. Les patients ne craignant plus de poursuivre une activité physique malgré leurs douleurs ou leurs capacités physiques limitées. Certains n'appréhendent plus de réaliser une activité physique seul ni sous la pluie. La motivation semble retrouvée pour certains également.

P2 : « Je serai prête à même faire un peu de distance pour reprendre le sport, c'est pas un soucis. On a la voiture. »

P6 : « Quand vous m'avez appelé, je revenais de ma marche sous la pluie »

« Maintenant je vais facilement marcher de mon plein grès, et puis j'ai plus peur, parce qu'avant j'avais peur d'aller dans la forêt et tout. Et maintenant je vais marcher facilement trois quarts d'heure dès que j'en ai envie quoi. »

« C'était ça la crainte qui bloquait. »

P5 : Puis vous vous dites finalement j'arrive malgré les douleurs à bouger, et ça fait du bien tout de même, donc vous vous dites faut continuer, tous les jours, même si vous êtes seule, y'a pas le choix »

2. Freins non modifiables

D'autres obstacles ont également été mentionnés par les patients, mais malheureusement, ils ne sont pas modifiables et l'APA n'a pas pu intervenir à ce sujet.

Dans cette étude le programme d'APA a été financé. Les patients ont donc tous pu accéder au programme sans condition de ressource

Cependant, la pratique d'une activité sportive engendre souvent **des coûts que les patients ne peuvent pas toujours assumer**. En effet, l'accès au sport, qu'il s'agisse de l'équipement ou de l'inscription, génère des frais qui constituent une limitation pour certains patients. Malgré une motivation apparente, certains ne peuvent pas non plus poursuivre une activité physique adaptée en raison de son poids financier, créant ainsi **des inégalités d'accès**.

*P1 : « Bon après moi je vous dis que pour l'instant c'est financièrement que ça va me bloquer »
« C'est vrai qu'à nos jours, c'est compliqué financièrement, donc je ne suis pas la seule, je pense, mais c'est quand même dommage parce qu'ils nous disent de faire plein de sport, mais on ne peut pas assumer, tout simplement. Ce n'est pas qu'on ne veut pas, je pense, c'est qu'on ne peut pas assumer. »*

P2 : « on a regardé, mais ça coûte trop cher pour nous. Donc on fait des marches, mais bon c'est moins global »

« c'est vrai que ce qui n'est pas remboursé, ça sélectionne »

P3 : « On est prêt à recommencer, même s'il faut payer, mais il ne faut pas que ça soit trop cher. C'est surtout ça »

« Je trouve qu'il y a des fois, c'est des activités réservées aux bourgeois. »

« C'est un peu comme les cures, les choses comme ça. Ça serait mieux pris en charge, beaucoup plus de gens iraient. »

IV – Changement des habitudes de vie

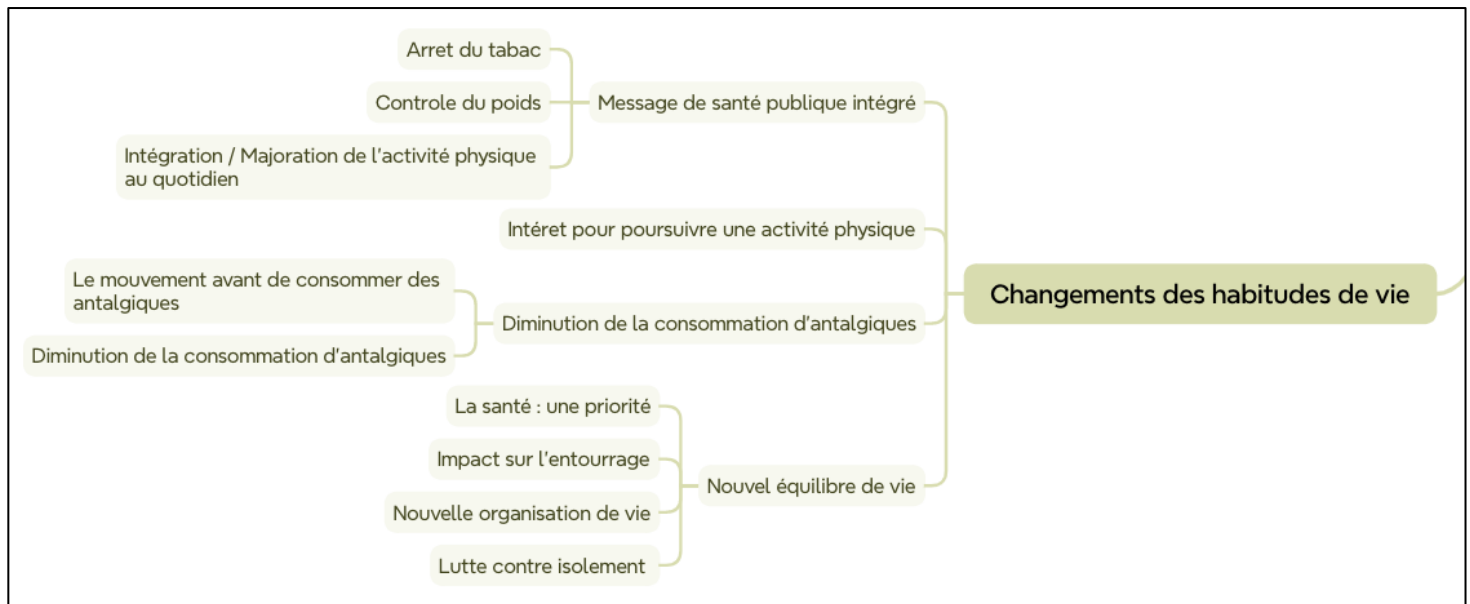


Figure 5 : Carte heuristique des « Changements des habitudes de vie des patients suite à leur intégration dans un programme d'APA »

1. Message de santé publique intégré

- **Arrêt du tabac**

Au cours des entretiens, deux patients ont arrêté de fumer après avoir rejoint le programme d'APA. Constatant des limitations respiratoires pendant les exercices, **ils ont pris conscience du lien entre leurs difficultés et le tabagisme**. Cela les a motivés à arrêter de fumer, décision qu'ils ont maintenue à moyen terme, puisqu'aucune rechute n'a été rapportée lors des entretiens.

P6 : « Bon après moi, en plus, moi j'ai arrêté de fumer. Et donc, j'ai jamais retouché quoi. »

P1 : « Je me suis dit ouais la cigarette ça me tue en fait, parce que pendant 20 ans j'ai pas fumé, là j'avais repris, et en faisant les exercices je voyais que j'étais beaucoup plus essoufflée que ça quand je fumais pas, donc mine de rien j'ai dit ouais c'est dommage, donc il faut que j'essaye de faire quelque chose au niveau de ça, oui »

- **Contrôle du poids**

Certains patients ont également pris conscience de leur surpoids. Bien que cela ait été d'abord une source de honte et une limitation pour certains, ils ont ensuite trouvé la détermination de le gérer. Ils sont **devenus acteurs de leur santé en cherchant à contrôler leur poids.**

P6 : « Moi déjà j'aimerais beaucoup pouvoir maigrir et après me remuscler de partout »

- **Intégration de l'activité physique au quotidien**

Après leur participation au programme d'APA, la plupart des patients ont intégré l'activité physique dans leur quotidien, entraînant un véritable changement de leurs habitudes de vie. Certains **pratiquent maintenant une activité physique régulière, conformément aux recommandations de l'OMS.**

P3 : « on fait au moins trois marches par semaine, en gros. On fait 6, 7 kilomètres à chaque marche »

P5 : « Je marchais déjà avant mais là je fais tous les jours » « je fais mes exercices tous les matins »

P6 : « Quand vous m'avez appelé, je revenais de ma marche sous la pluie » « Je continue en plus les deux jours de marche dans la semaine avec l'infirmier ASALEE »

P2 : « Cet été on a fait de la piscine, on a fait 3 jours sur 5, la piscine et ça fait du bien à mon épaule »

P7 : « j'allais marcher tous les jours, là, la dernière fois que j'étais en arrêt. Je suis allée tous à la forêt. Tous les jours, oui ».

Certains patients ont investi dans du matériel sportif pour continuer leur activité physique de manière autonome, tandis que d'autres se sont inscrits à des cours de sport. Ainsi, l'APA a servi de tremplin pour **adopter une pratique sportive régulière de façon indépendante.**

P6 : « je me suis mis à l'appli Décathlon Coach et je fais les 7 minutes de gym quotidienne, un peu voilà de la gym douce quoi » « par exemple ils m'ont offert une séance d'aqua-bike, c'est pareil j'ai adoré, et du coup moi je suis retournée acheter une carte de 10 séances. »

P7 : « j'ai même acheté les équipements pour continuer les exercices, vous savez, comme les élastiques comme ça, j'ai acheté les poids. J'ai acheté le tapis, Là, j'ai acheté un vélo électrique aussi »

P1 « j'ai acheté des poids »

Certains reproduisent également les exercices réalisés lors des séances d'APA.

P7 : « J'ai répété à la maison les mêmes exercices et tout »

P1 : « j'ai refait des petits exercices à la maison moi-même » « c'est vrai que quand même les petits exercices, je me rencontre mine de rien, des fois je le fais machinalement, parce que vous voyez, je suis appuyée sur une chaise et je baisse mes genoux, je me remonte. Donc oui, c'est des trucs que je ne faisais pas avant et que là je fais de temps en temps »

Les étirements et les échauffements lors des séances d'APA ont été bénéfiques pour les patients, leur procurant bien-être et réduction des douleurs. Certains les ont donc intégrés à leur routine quotidienne.

P5 : « Disons que je chauffe un peu tous les membres. Comme on faisait tous les matins le samedi pendant l'APA quand on arrivait, on échauffait. Donc je le fais tous les matins. Avant c'est un truc que je n'aurais pas fait. »

P6 : « là je fais surtout beaucoup d'étirements »

Comme recommandé, **limiter l'emploi de la voiture** pour des trajets courts et privilégier la marche a été entrepris par une patiente. Elle réalise maintenant le trajet quotidien domicile – travail à pied.

P1 : « ah oui, oui, je fais tout à pied. Donc du coup la voiture-là ne bouge pas, donc je fais énormément de marches, du coup que je ne faisais pas ça avant. » « Je suis pas loin donc je peux y aller à pied »

2. Intérêt pour poursuivre une activité physique

Comme indiqué précédemment, les patients ont modifié leurs habitudes de vie en intégrant l'activité physique dans leur quotidien. Ce changement semble motivé par plusieurs raisons.

L'une d'elles est le soulagement des douleurs et des troubles musculosquelettiques constaté lors des séances d'APA, incitant les patients à **poursuivre une activité physique pour maintenir ce bien-être.**

P5 : « Des fois je ne vais pas pouvoir en faire longtemps, mais quand j'ai trop mal, des fois de marcher un coup, ça doit dégourdir et tout. Donc on sent que ça va un peu mieux ».

Une autre raison est le plaisir ressenti par les patients à la réalisation de séances sportives, encadrées et en petit groupe. Cela les encourage à reproduire cette expérience et à **s'investir dans la recherche de solutions** pour reprendre des séances d'APA.

P6 : « D'ailleurs je regrette et je l'ai demandé, ça fait plusieurs fois que je demande si on pouvait pas remettre ça en place. Je sais qu'il y avait un problème de salle et d'ailleurs moi j'ai parlé à la présidente de mon village où il y a une salle. Et eux ils mettraient à disposition la salle quoi » « j'en ai encore parlé il n'y a même pas deux jours à la présidente de l'association de mon village, en lui disant s'il y avait un cours d'APA, comment on pourrait faire pour la salle, parce que c'est ça qui manquait »

P5 : « c'est dommage que ça soit fini, moi j'ai dit je serai disponible tout de suite pour reprendre »

P2 : « je l'ai dit au docteur, s'ils remettent en place le sport adapté je reviendrai. »

3. Diminution de la consommation d'antalgiques

- **Le mouvement avant de consommer des antalgiques**

Parmi les changements d'habitudes de vie chez les patients, **on observe le remplacement des antalgiques par le mouvement.** En effet, des patients relatent un rapport aux médicaments différents, avec l'emploi d'étirement ou de la marche comme antalgique de premier recours. Réservant ainsi les médicaments à un usage ultérieur en cas de douleur persistante.

P2 : « Là, bon, quand je reste trop assise, au bout d'un moment, j'ai le dos un peu raide, mais une fois que je remarque, c'est bon. Je prends vraiment que le minimum »

P6 : « C'est vrai que dès que je sens que j'ai une douleur quelque part, bah j'ai le réflexe de me dire bah tiens je suis peut-être mal positionnée ou bien je vais étendre mon dos, peut-être que ça va soulager et effectivement ça soulage. » « avant je serais restée, j'aurais peut-être pris un, je ne sais pas, un antidouleur que là en fait je m'étire et je vois si ça va ou ça ne va pas, si ça ne va pas je marche un peu, je change l'activité que je fais pour que, et c'est vrai que c'est beaucoup mieux quoi. » « Alors maintenant quand je, par exemple, je lave la vaisselle et puis que j'ai un peu mal au dos ou que voilà j'ai porté mon fils sous le fauteuil et puis je ne suis pas bien, bah du coup je fais des étirements. Ou là je reviens de la marche, le temps que ça tire un peu sur le haut du pied, bah voilà je fais ces étirements-là »

- **Arrêt des antalgiques**

Pour certains, la prise d'antalgiques n'est plus un réflexe, mais devient réfléchi ; pour d'autres, elle a été totalement supprimée. On observe donc **une diminution et parfois même une suppression de la consommation d'antalgiques.**

P2 : « je n'avais plus de douleur, je ne prenais plus de médicament, ou alors très rarement un doliprane, mais c'est même pas sûre que j'en ai pris »

P6 : « Je prends plus de doliprane. »

4. Nouvel équilibre de vie

- **La santé : une priorité**

Pour certains patients, l'APA a été **un déclic quant à l'importance de prendre en main leur santé.** Cela a conduit à une **meilleure observance** et les patients semblent plus enclins et volontaires à réaliser les actes de prévention.

P6 : « L'APA ça a été un gros moment de bilan et là voilà moi je vais me faire hospitaliser dans la Fondation Arc-en-Ciel » « J'ai plus les talons fatigués, j'ai plus de crevasse, tout ça... Je vais

une fois par mois chez la podologue pour faire l'état, faire attention à mes pieds et tout » « Je fais les vaccins quand ils me le disent. J'ai fait des vaccins de la grippe et puis du Covid, tout ça. Et bien, les autres années, j'avais des antibiotiques à foison, j'avais des infections urinaires, tout ça. Et là, pareil, moi, j'ai fait de la kiné pelvienne, et j'ai plus d'infections. ».

- **Impact sur l'entourage**

Les bénéfices physiques et psychiques ressentis par les patients ont encouragé la plupart d'entre eux à maintenir une activité physique régulière. **Cela a également influencé leurs proches**, les incitant à rechercher ce bien-être en s'ouvrant eux aussi à une activité sportive.

P6 : « Et puis ça a influencé mon mari en fait, lui il a fait tout le cycle marche nordique, puis là mon mari lui il s'est inscrit à la sophrologie parce que moi je connaissais, et voilà quoi, mais du coup on essaie maintenant de trouver un peu chacun des moments pour souffler, parce que mon mari lui ça lui a fait vraiment du bien la marche »

- **Nouvelle organisation de vie**

Pour certains des changements de vie radicaux ont été influencés par leur intégration au programme d'APA, les encourageant à faire des choix dans l'intérêt de leur bien-être.

P1 : « J'ai déménagé dans le sud maintenant, je vis chez ma sœur et j'ai un nouveau travail. Je suis pas loin donc je peux y aller à pied. J'ai vraiment compris que je devais changer de vie »

- **Lutte contre isolement**

Pour d'autres patients souffrant d'isolement, et qui constituait un obstacle à la pratique régulière d'une activité physique, des solutions ont été recherchées pour surmonter la solitude.

P7 : « Seule c'est difficile de se motiver. En groupe c'était bien ça motive. Mais du coup j'ai acheté un chien pour sortir. Ça me fait de la compagnie et j'ose sortir maintenant car je suis plus seule. »

V – Impact du sport sur prescription

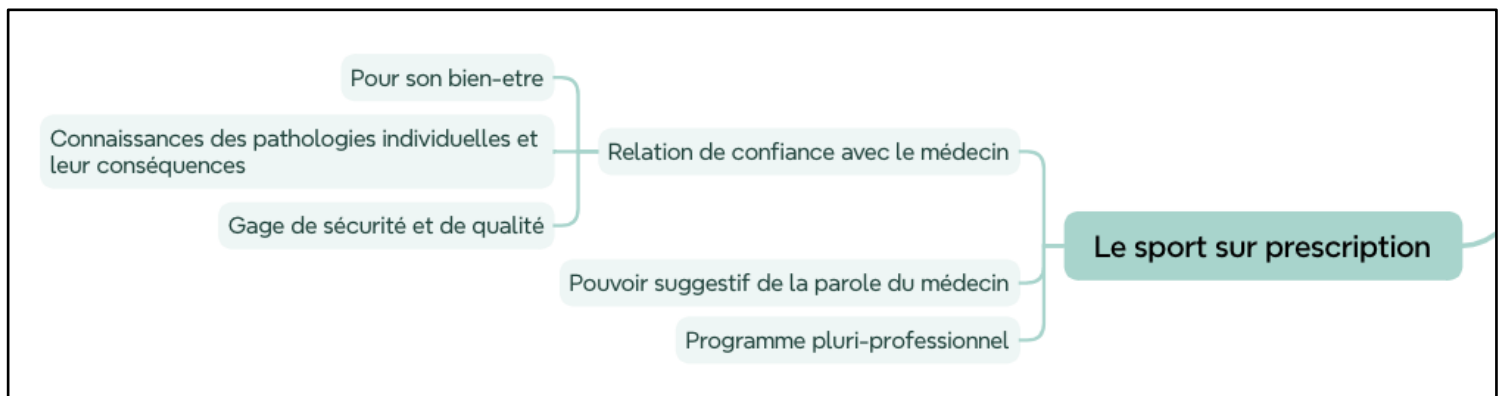


Figure 6 : Carte heuristique de « L'impact du sport sur prescription »

1. Relation de confiance avec son médecin

- **Pour son bien-être**

L'acte de prescription de l'activité physique par leur médecin traitant peut aussi influencer la motivation des patients à rejoindre un groupe d'APA. En effet, les patients rapportent avoir **une relation de confiance avec leur médecin**, qu'ils perçoivent comme **agissant dans leur intérêt et pour leur bien-être**, sans aucun intérêt personnel dissimulé.

P2 : « On a dit oui, parce qu'on s'est dit que ça peut être un bien pour nous. »

P6 : « J'ai beaucoup, beaucoup confiance en lui, énormément. » « Quand on voit un professionnel s'investir comme ça, ça donne envie de s'investir en retour ».

- **Connaissance des pathologies individuelles et de leurs conséquences**

Au-delà de l'idée que le médecin agit dans l'intérêt de son patient, il possède également une connaissance approfondie de ses douleurs, de ses incapacités et de leurs répercussions. Par conséquent, cette connaissance intime du patient rend la prescription encore plus influente sur leurs motivations.

P5 : « Mais là le docteur savait mes douleurs et m'a dit madame vous devriez y aller ça sera adapté »

- **Gage de sécurité et de qualité**

Pour certains patients, le sport prescrit par le médecin est également un gage de sécurité et de qualité. Les recommandations personnalisées, adaptées aux besoins spécifiques de chaque individu, sont perçues comme plus pertinentes et permettent de **lever certaines appréhensions** chez les patients.

P7. « Un médecin, je trouve que c'est mieux. Parce que si quelqu'un d'autre me l'aurait dit, par exemple la boulangère, je ne serais pas allé. Là, je connaissais le médecin et j'étais, comment dire, entouré, quoi. Vous voyez ? Voilà. Je ne serais pas allé si quelqu'un d'autre m'avait proposé. Mais là j'avais confiance »

2. Pouvoir suggestif de la parole du médecin

Le médecin est souvent perçu comme une **figure d'autorité**, dont les conseils et recommandations sont basés sur **des années d'études et d'expérience**. Cette autorité **confère à ses paroles un poids considérable**, incitant les patients à suivre ses indications avec sérieux.

P6 : « Vous savez, vous avez des gens qui vous disent, allez, tu bouges, vas-y, et tout, machin... Mais quand vous avez un professionnel qui vous dit, bon ben voilà, ...le médecin c'est un peu comme l'instituteur ici, à la compagnie, on est très... La parole du médecin, c'est sacré ici chez nous. On est très redevable, on l'écoute. »

« Le docteur a quand même un certain charisme »

P1 : « Ça n'aurait pas été pareil, là c'est quand même un médecin »

P3 : « Là, c'est le médecin qui nous a dit « On vous propose ça », ça, comment... Je pense qu'on a été plus faciles d'y aller que si c'était quelqu'un d'autre. » « Je ne suis pas sûr que si c'était quelqu'un d'autre qui nous aurait dit « Tiens, ils font du sport là, vous y allez », je ne suis pas sûr qu'on y serait allé. »

Le pouvoir suggestif du médecin peut ainsi grandement **améliorer l'engagement des patients dans leur propre santé et bien-être**. Parfois cette influence est même plus importante que celle de leur entourage familial.

P5 : « Parce qu'il y a longtemps que ma fille me disait maman tu devrais aller comme ça. Je disais oui. Les gens qui vont bien vont faire du sport ils peuvent faire. J'ai dit moi il y aura plein de choses que je ne peux pas faire. Mais là le docteur savait mes douleurs et m'a dit madame vous devriez y aller ça sera adapté »

3. Un programme pluriprofessionnel

L'action de santé publique pluriprofessionnelle garantit une approche de soins intégrée et un soutien personnalisé. Un élément clé du succès de ce programme pluriprofessionnel semble résider dans les explications et la communication claire entre les professionnels de santé et les patients. Les patients ont bénéficié d'explications détaillées et compréhensibles. Cette approche semble faciliter l'adhésion des patients au programme et conduire à une meilleure satisfaction.

P6 : « franchement, une super équipe avec le médecin, le kiné et le professeur d'APA »

P2 : « Non, parce qu'elle nous a bien expliqués. On est venu voir, et si on voulait continuer, nous, on a vu que c'était bien ».

P3 : « Ce n'est pas comme si elle nous aurait dit qu'on peut faire 5 séances de kiné. Ce n'est pas pareil. Là, elle nous a proposé, nous a dit, il y a ça qui se met en place. Est-ce que ça vous intéresse »

VI – Limites du programme d'APA

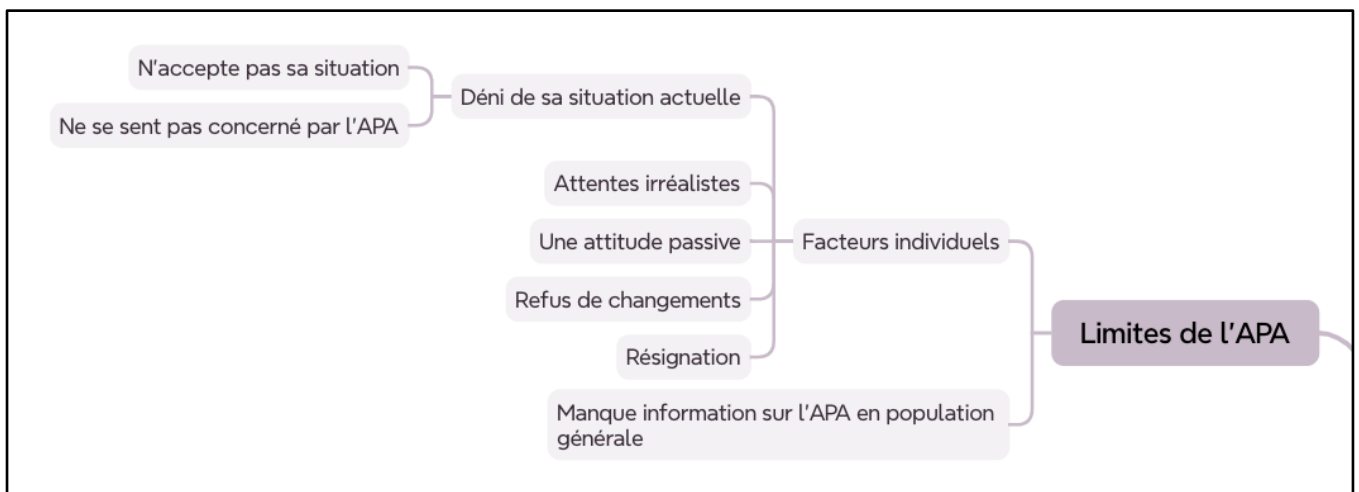


Figure 7 : Carte heuristique « Les limites du programme d'APA »

1. Facteurs individuels

L'intégration au programme d'APA a été unanimement vécue de manière positive par les patients, qui y ont trouvé plaisir et amusement. Pour beaucoup d'entre eux, la pratique d'une activité physique adaptée a apporté des bénéfices considérables. Certains patients ont non seulement amélioré leur condition physique, mais ont également ressenti une augmentation de leur bien-être moral. Cette expérience a conduit plusieurs d'entre eux à adopter des habitudes de vie plus saines et à intégrer l'activité physique régulière dans leur routine quotidienne. Le programme a donc joué un rôle crucial dans la transformation de leurs comportements et attitudes envers la santé et le bien-être.

Cependant, il est important de souligner que l'expérience n'a pas été bénéfique pour tous les participants. Un patient n'a malheureusement perçu aucun bénéfice de sa participation au programme.

Les raisons de cette absence de résultat sont multiples, incluant des facteurs individuels tels que ses attentes personnelles, des barrières psychologiques ou physiques non surmontées.

- **Déni de la situation actuelle**

Dans les propos relatés par le patient on met en évidence un déni de sa situation actuelle qui peut avoir joué un rôle significatif dans le fait qu'il n'ait pas perçu de bénéfices. En effet, le patient **n'a pas pleinement accepté sa condition médicale et les limitations** qui en découlent. Ce déni semble également entraîner un manque d'engagement ou une participation minimale, réduisant ainsi les chances de ressentir des améliorations notables.

*P4 : « J'ai fait du sport, j'ai fait du foot tout le temps, j'ai fait du tennis, du foot, et puis bon, le métier physique qu'on a ... donc je fais pas rien non plus »
« Oui, d'accord, mais ce n'est pas le problème, je n'ai pas été en surpoids toute ma vie!
Quand j'ai eu mon problème de genoux, je n'étais pas gros comme ça ! »*

Le patient semble être dans un état de déni profond concernant sa situation, ce qui le rend peu réceptif. Il semble d'ailleurs **ne pas se sentir concerné sérieusement par le programme d'APA**, qu'il estime plutôt adapté aux femmes et aux personnes âgées.

*P4 : « Je ne sais pas à qui je conseillerai, des personnes âgées, non ? Des personnes plus...des femmes Non ? »
« Je pense que les hommes vont dire comme moi. Tous les hommes que vous allez interroger »*

- **Des attentes irréalistes**

Toujours dans cet état de déni, le patient semble avoir des **attentes irréalistes et vaines**. En effet, il espère pouvoir reprendre une activité physique intense et technique comme il le faisait auparavant.

P4 : « Si je pourrais encore courir, je jouerais encore au foot ! En vétéran ! Mais bon ... » « Je voudrais bien refaire du foot comme ça, je ne peux pas ! »

- **Une attitude passive**

Le patient adopte également une attitude très passive vis-à-vis de son intégration dans ce programme. En effet, il **ne semble avoir aucune attente** de cette expérience et **ignore les raisons de son inclusion**. Il ne s'est apparemment pas interrogé sur les motivations de son médecin à lui proposer l'APA ni sur les bénéfices attendus pour lui.

P4 : « Oh là ! Je ne peux pas vous dire pourquoi le médecin me l'a proposé » « Non non je sais pas trop pourquoi on m'a proposé. ... »

« Elle m'a dit, tiens, il y a une personne qui vient le samedi matin... Ce serait bien de les faire, je les ai faits, mais bon ! »

« J'ai jamais dit que j'étais pas content parce que je suis allé, bon je l'ai fait et puis voilà, mais j'aime bien être tranquille »

« Non, il y a des gens, je ne sais même pas pourquoi ils étaient là ! Peut-être des problèmes de santé aussi, quand même ! »

« J'aime bien être tranquille moi. Si je suis obligé de le faire j'irai c'est tout »

- **Refus de changement**

Le patient ne semble pas non plus désireux d'opérer des changements dans sa vie, trouvant des excuses pour éviter toutes les solutions proposées. Chaque suggestion ou recommandation est rapidement rejetée, souvent **sous prétexte de divers obstacles**.

P4 : « Normalement, là c'est une prothèse de hanche, mais bon... j'ai tellement eu mal à ce genou-là ! Non je veux pas me refaire opérer... » « Non mais ça fait mal ! J'ai déjà été opéré par l'autre, ce n'est pas une prothèse entière, il m'avait décalé le genou 15% parce que le cartilage, il n'y avait plus de cartilage, et c'était toujours en vue d'une prothèse, j'ai toujours les broches tout ça, mais il faudrait le faire aussi mais bon non non ... C'est encore pire qu'avant »

« Je ne sais pas nager donc bon »

- **Résignation**

On remarque également une certaine résignation dans le discours du patient.

P4 : J'ai pas trop envie de marcher. Si aller aux champignons. Mais bon maintenant je ne peux plus aller aux champignons. S'abaisser. Et puis dans les bois, les ronces, les branches. Avec ma jambe, je ne peux pas plier plus que ça. Donc je vais plus marcher »

2. Manque information sur l'APA en population générale

Les patients intégrés dans le programme n'avaient pas connaissance de l'APA auparavant. Plusieurs d'entre eux ont exprimé un manque d'information concernant l'existence de l'APA, soulignant que cette absence de diffusion peut priver de nombreux patients potentiellement intéressés par les bénéfices de ce type de programme.

P6 : « je pense que le sport santé, je pense personnellement, et je m'en rends compte, que le sport santé, que s'il était mis plus à disposition auprès de n'importe quelle population, que ça soit actif ou non, retraité ou autre, il y aurait peut-être moins de médication. »

P1 : « Il y aura peut-être moins de gens obèses, des problèmes de dos, des problèmes de bras, et tout compagnie. » « en parler un peu plus peut-être »

DISCUSSION

I – Résultats principaux

Cette étude visait à explorer le vécu des patients souffrant de douleurs chroniques invalidantes lors de leur intégration à un programme d'APA, ainsi que l'impact à moyen terme de cette expérience sur leur quotidien.

Pour ce faire, des entretiens approfondis ont été menés, révélant une richesse de retours d'expérience qui s'articulent autour de huit axes principaux.

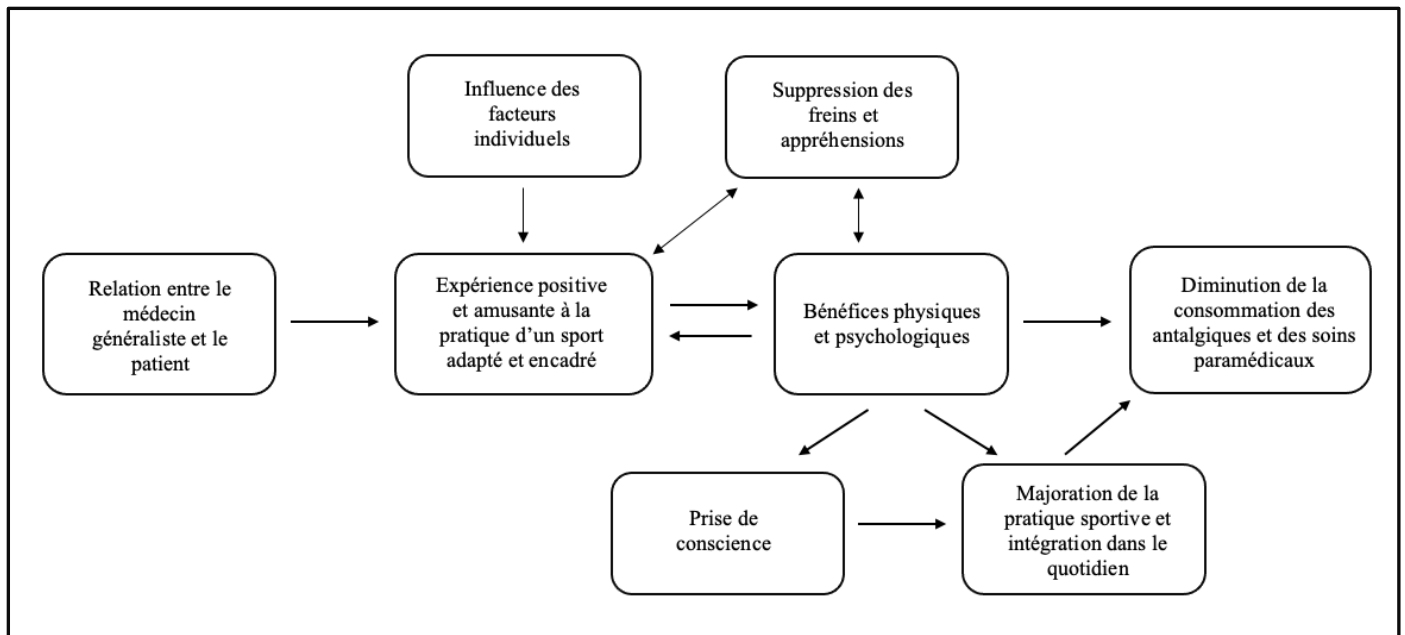


Figure 8 : Modèle explicatif

1. Expérience positive et amusante à la pratique d'un sport adapté et encadré

Les patients décrivent leur intégration au programme d'APA comme une expérience amusante et positive. Ils semblent avoir particulièrement appréciés cette expérience, et nombreux sont ceux qui auraient souhaités la prolonger.

De plus, les patients ont découvert une pratique sportive adaptée à leurs besoins spécifiques, leur permettant de réaliser les exercices malgré leurs limitations quotidiennes. Cette adaptation a rendu l'activité physique accessible à tous, indépendamment de leurs contraintes physiques.

L'encadrement par un professionnel a également joué un rôle crucial. La présence d'un spécialiste a apporté une sensation de sécurité et de confiance aux patients, qui étaient initialement réticents et appréhendaient l'idée de s'engager dans une activité physique. Ce soutien professionnel a permis de lever les craintes et d'encourager une participation plus active et confiante aux séances d'APA.

En somme, l'intégration dans le programme d'APA a été perçue de manière très positive par les patients. Ils ont non seulement apprécié le caractère ludique et bénéfique de l'expérience, mais ont également trouvé dans cette pratique encadrée une réponse adaptée à leurs besoins spécifiques, renforçant leur confiance et leur motivation à poursuivre des activités physiques malgré leurs douleurs chroniques.

2. Bénéfices physiques et psychologiques

Les patients ont rapporté de nombreux bénéfices suite à leur participation au programme d'APA. Parmi les gains attendus et recherchés, on note une réduction des douleurs, une amélioration de la souplesse et une diminution des limitations dans leurs activités quotidiennes. Ces bénéfices ont tous contribué à une amélioration significative de leur qualité de vie.

Cependant, les patients ont également décrit des bénéfices inattendus pour les investigateurs. Sur le plan de la santé psychologique, l'un des avantages les plus marquants a été la réduction de l'isolement social. Participer à ces séances d'APA a permis aux patients de se sentir moins seuls et de développer un réseau de soutien social. De plus, des patients ont eu des prises de

conscience importantes et inattendues, comme la décision d'arrêter de fumer. Cet arrêt du tabagisme, non anticipé par les investigateurs, souligne l'impact positif et holistique du programme d'APA sur la santé globale des participants.

En résumé, les patients ont tiré des bénéfices multiples et variés de leur participation au programme d'APA. En plus des améliorations physiques, ils ont expérimenté des avantages psychologiques significatifs et ont pris des décisions bénéfiques pour leur santé, démontrant ainsi l'impact du programme d'APA mis en place dans cette étude.

3. Diminution de la consommation des antalgiques et des soins paramédicaux

Les patients ayant constaté des améliorations de leurs douleurs chroniques ont également modifié leur rapport à la consommation d'antalgiques. En effet, plusieurs d'entre eux mentionnent qu'ils préfèrent désormais effectuer des étirements ou se mettre en mouvement avant de recourir aux médicaments, trouvant ces alternatives tout aussi bénéfiques.

Pour certains, les progrès sur le plan musculosquelettique ont été si significatifs qu'ils ont pu interrompre certains traitements chroniques, comme la kinésithérapie. Ces patients ayant atteint les objectifs souhaités sur le plan musculosquelettique.

4. Suppression des freins et des appréhensions initiaux

Les patients ont vécu leur intégration dans un programme APA comme une expérience à la fois positive et sécurisante. Cette perception favorable a permis de lever bon nombre de leurs appréhensions initiales à l'égard de la pratique d'une activité physique. En conséquence, les obstacles à l'intégration du sport dans leur vie quotidienne ont été considérablement réduits, ce qui a favorisé une motivation accrue chez les participants pour continuer cette pratique.

5. Prise de conscience

L'intégration au programme d'APA semble avoir été un élément déclencheur crucial concernant la santé et la nécessité de changement pour les participants. La prise de conscience de leur état d'obésité morbide ou de la détérioration progressive de leur condition physique, qui affecte leur qualité de vie, les a incités à prendre en main leur propre santé.

Ainsi, ces patients sont désormais engagés activement dans la promotion de leur bien-être, en intégrant régulièrement l'activité physique dans leur routine quotidienne, et visent à ralentir la progression de leur invalidité. De plus, ils sont devenus plus attentifs et réceptifs aux initiatives de dépistage et aux soins préventifs proposés dans le cadre des consultations primaires.

Cette démarche proactive reflète un changement positif dans leur attitude envers la gestion de leur santé, mettant en avant l'importance de l'activité physique comme pilier fondamental d'un mode de vie sain et durable.

6. Majoration et intégration du sport dans leur quotidien

L'accompagnement professionnel et l'adaptation des exercices à leurs besoins spécifiques ont joué un rôle crucial. Les patients se sont sentis encadrés et soutenus, ce qui a renforcé leur confiance et leur a permis de surmonter leurs craintes initiales. Cette nouvelle assurance a été déterminante pour intégrer durablement l'activité physique dans leur routine.

En outre, le sentiment de bien-être ressenti pendant les séances d'APA a contribué à créer un environnement propice à l'engagement et à la persévérance. Les patients, en se sentant valorisés et compris, ont trouvé dans ce programme une source de motivation et de satisfaction personnelle.

Ainsi, les patients rapportent un changement significatif de leurs habitudes quotidiennes suite à leur intégration dans le programme d'APA. Certains se sont inscrits à des activités sportives en club ou au sein d'associations, tandis que d'autres ont investi dans du matériel sportif pour pratiquer de manière autonome. Des modifications de comportements ont également été observées, telles que l'abandon de la voiture pour se rendre au travail.

Ces nouvelles habitudes ont également exercé une influence notable sur l'entourage des patients. Les changements positifs dans leur mode de vie ont inspiré et motivé leurs proches à adopter des comportements similaires.

7. Rôle primordial de la relation médecin – patient

L'acte de prescription et la recommandation médicale ont eu un impact significatif et encourageant sur la participation des patients au programme d'APA. En effet, la relation de confiance entre le patient et son médecin généraliste joue un rôle crucial. Ce lien de confiance confère au médecin un pouvoir de persuasion important, incitant les patients à suivre ses conseils.

De plus, la connaissance approfondie des pathologies des patients et de leurs conséquences sur leur quotidien renforce la crédibilité des conseils médicaux et aide les patients à surmonter leurs réticences initiales. En comprenant les défis spécifiques et les besoins individuels des patients, le médecin rend l'intégration d'une activité sportive plus accessible et moins intimidante.

8. Facteurs individuels à prendre en compte

Cependant, tous les patients n'ont pas constaté d'améliorations significatives suite à leur participation au programme d'APA. Certains n'ont pas modifié leurs habitudes de vie à posteriori, et leur engagement dans l'activité physique demeure encore très limité.

Cette diversité de résultats observés parmi les patients interrogés semble être influencée par des facteurs individuels significatifs qui doivent être pris en considération. Ces facteurs peuvent inclure le déni de sa situation, la motivation personnelle, les préférences individuelles pour certaines activités physiques, ainsi que la présence d'autres contraintes personnelles ou médicales.

Ces observations soulignent l'importance de promouvoir la pratique d'une activité physique adaptée, idéalement en petits groupes. Cette approche permet de mieux répondre aux besoins individuels des participants et de surmonter les barrières spécifiques qui peuvent entraver leur engagement.

II – Analyse des résultats et comparaison avec la littérature

1. Une thérapeutique non médicamenteuse

Comme mentionné dans l'introduction, les douleurs musculosquelettiques constituent un fardeau important pour les systèmes de santé. Elles sont l'une des principales causes d'années vécues avec un handicap, de l'absentéisme au travail et de l'augmentation des dépenses de santé [30].

Bien que plusieurs stratégies de prise en charge chirurgicale et invasive aient été proposées par le passé, la recherche actuelle se concentre davantage sur des approches telles que les interventions par l'exercice physique. Ces dernières sont moins coûteuses, entraînent moins d'effets indésirables et produisent néanmoins des résultats comparables [31]. En effet, il est établi que l'entraînement physique présente de nombreux avantages pour les personnes souffrant de douleur chronique, notamment en ce qui concerne l'amélioration de l'intensité de la douleur, de la fonction physique et de la qualité de vie. Une revue de la littérature publiée en 2017, incluant 381 études des revues Cochrane, portant sur les adultes souffrant de douleur chronique, met également ce constat en évidence. [32]

Les résultats de notre étude sont cohérents avec ceux de la littérature existante. Les patients inclus dans notre recherche ont non seulement ressenti une réduction de leurs douleurs chroniques, mais ont également observé une amélioration de leur souplesse et de leur équilibre. De plus, notre étude a révélé un bénéfice psychologique majeur pour les patients. Ce bénéfice psychologique a même été rapporté comme étant plus significatif par les patients eux-mêmes que les améliorations musculosquelettiques. En jouant un rôle à la fois sur la réduction de la

douleur et l'amélioration du moral des patients, l'APA a un impact globalement positif sur la qualité de vie des patients. Cette observation est également en accord avec les conclusions de la littérature.

Bien que l'APA soit définie par la HAS comme « une thérapeutique non médicamenteuse » pour de nombreuses maladies chroniques [33], notre étude suggère qu'elle peut être considérée comme une approche thérapeutique encore plus générale. L'APA semble offrir des avantages polyvalents qui dépassent la simple gestion des symptômes physiques, englobant également des améliorations psychologiques et une meilleure qualité de vie globale pour les patients souffrant de diverses affections chroniques.

2. Une démarche d'éducation thérapeutique

La littérature souligne l'importance de l'éducation thérapeutique pour promouvoir l'adhésion et l'observance des patients à la pratique régulière d'une activité physique. Cette éducation joue un rôle crucial dans l'engagement des patients envers un mode de vie plus actif, en leur fournissant les connaissances, les compétences et la motivation nécessaires pour intégrer l'activité physique de manière durable dans leur quotidien. [34] [35] [36] [37]

Dans notre étude l'APA a été utilisée pour promouvoir l'activité physique et a joué ce rôle d'éducation thérapeutique.

En effet, l'APA a permis aux patients de mieux comprendre les nombreux bénéfices de l'activité physique sur leur santé, tels que la réduction des douleurs chroniques, l'amélioration de la condition physique, la gestion du poids et le renforcement de la santé mentale. Une meilleure compréhension de ces bienfaits motive les patients à s'engager activement.

De plus, beaucoup de patients ressentaient de la peur ou de l'anxiété à l'idée de commencer une nouvelle routine d'exercice. L'APA semble les avoir aidés à dissiper ces craintes en fournissant des informations sur la sécurité des exercices, en adaptant les programmes aux capacités individuelles et en offrant un soutien moral.

On connaît également l'importance d'une éducation thérapeutique adaptée et individualisée. Cela augmente les chances d'adhésion en rendant les exercices plus accessibles et pertinents pour les patients. L'APA étant un programme adapté aux pathologies des patients, elle a su répondre aux besoins spécifiques de chaque patient.

Ainsi, notre étude confirme les résultats observés dans la littérature et démontre qu'en intégrant un programme d'APA, les patients peuvent modifier leurs habitudes de vie et intégrer l'activité physique dans leur quotidien de manière durable.

En effet, les programmes d'APA mis en place à grande échelle dans divers pays européens ont prouvé leur efficacité. Au Pays de Galles, un essai contrôlé a montré qu'un programme d'APA de 16 semaines augmente significativement le niveau d'activité physique à 12 mois. [38]

En Suède, la prescription d'activité physique est associée à une augmentation du niveau d'activité physique à 12 mois et à une amélioration de la qualité de vie de 12 à 24 mois après la prescription. Au Danemark, une étude a également démontré, à 12 mois, une réduction significative de la douleur chez les patients souffrant d'ostéo-arthrite, une amélioration de leur qualité de vie et une augmentation de leur niveau d'activité physique. [39]

3. Un tremplin vers l'autonomisation

Notre étude met également en évidence que certains patients, au-delà de reconnaître l'importance de poursuivre une activité physique, ont pris conscience d'autres aspects cruciaux de leur santé. Par exemple, certains participants ont réalisé l'impact néfaste du tabac sur leur santé, ce qui les a motivés à arrêter de fumer. De même, une patiente interrogée a pris conscience des effets de son obésité sur sa santé globale.

Ces observations montrent que l'APA joue un rôle plus large et plus significatif que la simple promotion de l'activité physique. En effet, l'APA semble également avoir une fonction d'éducation thérapeutique générale, aidant les patients à comprendre et à gérer d'autres pathologies ou comorbidités. Cette prise de conscience conduit les patients à devenir acteurs de leur propre santé et de ses enjeux.

Ainsi, les patients initialement inclus dans un programme d'APA en ressortent plus autonomes et observateurs de leur état de santé. Ils adhèrent mieux aux soins et traitements nécessaires, ce

qui peut améliorer leurs résultats de santé à long terme. L'APA, en tant qu'outil thérapeutique global, favorise donc non seulement l'amélioration de la condition physique, mais aussi une meilleure compréhension et gestion de la santé en général. [40]

4. Facteurs individuels à prendre en compte en amont

Notre étude a révélé que les bénéfices ressentis par les patients participant à un programme d'APA varient considérablement entre eux. La majorité des participants ont perçu divers avantages, les incitant à modifier leurs habitudes de vie à moyen terme. Cependant, un patient n'a rapporté aucun bénéfice, manifestant plutôt un certain déni de sa condition actuelle et des ambitions irréalistes.

Ces observations soulignent l'importance de prendre en compte la motivation initiale des patients avant de les intégrer dans un programme d'APA, comme inscrit dans le code de santé publique dans l'article D. 1172-5 [22]. Il est également crucial de considérer les facteurs individuels des patients pour leur permettre de percevoir des bénéfices, en adaptant le programme à leurs besoins et ressentiments spécifiques.

En approfondissant notre recherche bibliographique sur l'impact des facteurs individuels, nous avons découvert une théorie qui établit un lien entre la motivation des patients et leurs facteurs intrinsèques.

En effet, les psychologues s'accordent à dire qu'il existe deux types de motivation : la motivation extrinsèque et la motivation intrinsèque. La motivation intrinsèque provient de l'individu lui-même. Elle se manifeste par la curiosité, l'intérêt et l'engagement de la personne face aux situations qu'elle rencontre. Pour que cette forme de motivation soit effective, l'individu doit avoir une image positive de lui-même et croire en sa capacité à réussir, c'est-à-dire se sentir compétent. [41]

Le schéma de Lieury et coll. offre une compréhension des comportements des individus en situation d'apprentissage, en mettant en lumière l'importance de personnaliser l'éducation, notamment pour les patients. [42]

Cette théorie de la motivation, qui intègre l'estime de soi, le comportement et l'apprentissage, est applicable à toutes les étapes de l'éducation thérapeutique.

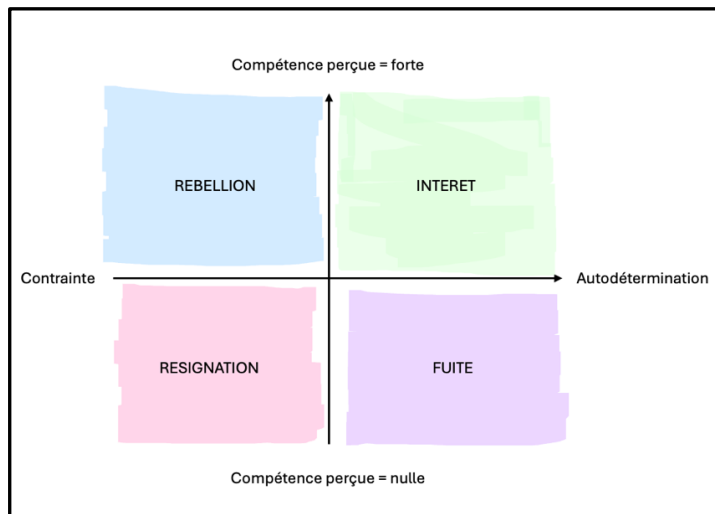


Figure 9 : Schéma de la motivation des individus en relation avec leur comportement, leur situation d'apprentissage et leur estime de soi. D'après Lieury A et coll.

Le schéma présente un axe horizontal de la contrainte à l'autodétermination (marge de liberté) et un axe vertical de la compétence perçue (image de soi) allant de forte à nulle.

Ces axes définissent quatre secteurs de motivation en relation avec le comportement des individus :

Forte compétence perçue et grande liberté : Les individus sont plus intéressés et motivés à mener à bien les activités. Pour un patient avec une image positive de lui-même, il est crucial de lui laisser de la liberté pour renforcer son intérêt à apprendre sur sa maladie, en respectant son besoin d'indépendance.

Faible compétence perçue et grande liberté : Il y a un risque de fuite ou d'évitement. Un patient peu valorisé et peu encouragé par son entourage, qui éprouve des difficultés d'apprentissage, peut améliorer sa compétence perçue avec un accompagnement structuré, des objectifs éducatifs négociés et des encouragements positifs.

Forte compétence perçue et forte contrainte : Il y a un risque de rébellion. Certains patients revendiquent leur savoir et peuvent devenir réfractaires. Il est important de reconnaître leur besoin de reconnaissance, de leur offrir des activités adaptées à leur niveau et de les impliquer dans la création d'outils pédagogiques.

Faible compétence perçue et forte contrainte : Il y a un risque de découragement et de résignation. Pour ces patients, il est crucial de valoriser leurs connaissances et actions quotidiennes, tout en leur offrant des possibilités d'apprentissage autonome.

Comparativement à notre étude, de nombreux patients interrogés rapportent une augmentation de leur estime de soi et une amélioration positive de leur image personnelle, les incitant à continuer leurs efforts.

Cependant, pour ceux qui n'ont pas ressenti de bénéfices, il est possible que l'approche utilisée lors des séances d'APA n'ait pas été suffisamment adaptée. Selon le modèle de Lieury, ces patients semblent osciller entre la "résignation" et la "fuite", ce qui a empêché d'optimiser leur motivation et leur engagement.

5. Créer l'amusement comme source de motivation

Dans notre étude, tous les patients ont unanimement décrit leur intégration au programme d'APA comme « amusante », « ludique » et gardent un souvenir positif de cette expérience.

Les émotions jouent un rôle central dans le comportement humain, influençant divers aspects de la vie. Dans le domaine de l'apprentissage, elles impactent significativement les processus cognitifs, la motivation et les résultats des individus. Des recherches suggèrent que les jeux peuvent augmenter la participation et l'intérêt pour l'apprentissage. En effet, le jeu induit un état d'esprit ludique accompagné d'émotions positives telles que l'enthousiasme, l'amusement et l'intérêt, qui sont cruciales pour encourager l'engagement envers l'apprentissage. [43]

Plus généralement, les émotions positives renforcent la motivation et les processus cognitifs, améliorant ainsi la rétention et la compréhension des informations. [44]

En effet, d'après DECI et RYAN, les pères fondateurs de la théorie de l'autodétermination, la motivation intrinsèque est associée à des expériences émotionnelles positives, contribuant à un sentiment d'autonomie et de compétence dans le processus d'apprentissage. [45]

Il semble donc nécessaire d'appuyer les récompenses expérientielles de l'exercice telles que l'interaction sociale, l'expression des compétences ou capacités personnelles, et le plaisir, pour améliorer la motivation à long terme des patients à la réalisation d'une activité physique.

Ainsi, certaines études proposent de prôner la pratique d'activités physiques diverses, et de ne pas exclure certains sports, ou activités d'exploration en plein air, qui sont riches en attraits intrinsèques pour les patients. Bien que moins susceptibles d'être surveillées, ils s'avèrent être une source considérable de motivation à plus long terme. [46]

6. L'impact du médecin généraliste

Dans notre étude, nous mettons en lumière l'impact du médecin généraliste sur l'adhésion des patients au programme d'APA. De nombreux patients interrogés ont reconnu qu'ils n'auraient probablement pas intégré ce programme si la recommandation n'était pas venue de leur médecin généraliste. Le rôle du médecin généraliste et ses conseils semblent être cruciaux pour motiver les patients. En tant que pierre angulaire de l'éducation thérapeutique, le médecin généraliste bénéficie d'une relation de confiance avec ses patients et d'une connaissance approfondie de leurs problèmes personnels, ce qui renforce son influence positive sur leur motivation.

Historiquement, ce mode de relation a fait l'objet de nombreuses études. L'importance de la relation médecin-patient a été soulignée par les travaux de M. Balint en 1972 et sa célèbre phrase « Le médicament le plus utilisé en médecine est le médecin lui-même ». [47]

La relation entre le médecin et le patient constitue l'une des bases fondamentales de la pratique médicale permettant de garantir une prise en charge personnalisée et adaptée du patient.

Une bonne relation médecin-patient est également déterminante pour l'adhérence thérapeutique. Lorsqu'un patient se sent écouté, respecté et compris, il est plus enclin à suivre les recommandations médicales. L'éducation thérapeutique devient plus efficace, car le patient est motivé à participer activement à sa propre santé.

De plus, les études montrent que la qualité de la relation entre le médecin et le patient a un impact direct sur les résultats cliniques. Les études sur l'effet placebo ont soutenu cette idée en démontrant que l'effet d'une thérapeutique peut être amplifié par une relation médecin-patient de qualité [48].

De plus, une meilleure relation interpersonnelle peut réduire l'anxiété et l'incertitude des patients, améliorant ainsi leur bien-être mental et émotionnel.

La relation médecin-patient repose également sur la confidentialité, un élément crucial pour que les patients se sentent en sécurité pour partager des informations personnelles et sensibles. La confidentialité renforce également la perception que le médecin est un allié fiable et dévoué à la santé du patient, ce qui est indispensable pour construire une relation de confiance durable.

7. APA peu connue et peu prescrite

Notre étude a révélé que l'APA est encore peu connue du grand public, bien qu'elle pourrait bénéficier à une large partie de la population. En effet, les patients de notre étude et leur entourage ne connaissaient pas l'APA avant d'intégrer le programme. Malgré la promotion de l'activité physique, l'APA reste sous-valorisée par les pouvoirs de santé publique, avec une diffusion d'information limitée sur ce programme.

Cependant, les résultats très positifs de notre étude montrent que l'APA offre des bénéfices significatifs susceptibles de concerner et d'aider une très large partie des patients.

Un obstacle majeur au développement de l'APA, relevé par les patients de notre étude, est son coût. Actuellement non remboursé intégralement par le système de santé, ce coût limite l'accès à de nombreux patients qui pourraient pourtant en tirer des avantages considérables pour leur santé.

La littérature identifie également un autre frein : la prescription de l'APA par les médecins. Les modalités de prescription sont perçues comme complexes, et les médecins généralistes se sentent souvent insuffisamment formés pour prescrire l'APA en toute confiance. [49]

III – Forces et limites

1. Forces

L'intérêt de cette étude est renforcé par plusieurs points positifs et novateurs.

- Le choix adapté d'une méthode qualitative

Tout d'abord, l'étude a été réalisée selon une méthode qualitative, ce qui signifie qu'aucune hypothèse préalable n'a été formulée. Cette approche a permis de recueillir des données riches et diversifiées, révélant des résultats parfois aussi variés qu'inattendus. Contrairement aux méthodes quantitatives, qui se concentrent souvent sur la vérification d'hypothèses spécifiques et la mesure de variables prédéfinies, la méthode qualitative offre une flexibilité qui permet d'explorer des phénomènes complexes et de découvrir des dimensions inattendues du sujet étudié. Cette absence d'hypothèses a ouvert la voie à une exploration plus libre et approfondie, facilitant la mise en lumière de nuances et de détails qui auraient pu être négligés dans un cadre plus rigide.

- La réalisation d'entretiens semi-dirigés

Au moyen d'entretiens semi-dirigés, l'investigateur a posé des questions ouvertes en utilisant un langage simple. Cette technique a permis aux patients interrogés de s'exprimer librement et sans contrainte, donnant ainsi accès à des récits personnels et à des perspectives authentiques. Cette approche a encouragé les participants à aborder des sujets et des aspects de leur expérience qui leur semblaient les plus pertinents et significatifs.

De plus, tous les entretiens ont été réalisés en face à face, ou par visioconférence. Cette approche a permis de prendre en considération le langage non verbal, ce qui a limité la perte de données cruciales et a préservé l'intégrité des nuances et des intentions que les patients ont souhaité exprimer à travers leurs propos.

- La prise en compte de données divergentes

Une autre force notable de cette étude réside dans la prise en compte et le traitement des données divergentes. En effet, en raison de la nature qualitative de l'étude et de la richesse des entretiens, il a été possible de mettre en évidence des vécus différents, voire contradictoires.

Au lieu de se limiter à développer un discours homogène, l'investigateur a choisi d'analyser et de valoriser ces propos divergents. Cette approche a permis d'embrasser la complexité et la diversité des expériences des participants, offrant une vision plus nuancée et complète du sujet étudié. En intégrant et en examinant ces perspectives variées, l'étude a pu identifier des motifs et des thèmes récurrents, tout en respectant la singularité de chaque témoignage.

Cette méthode renforce l'idée que la diversité des expériences est une source précieuse d'apprentissage et d'innovation, contribuant à une compréhension plus profonde et plus authentique du sujet.

- Une étude innovante par sa population étudiée

Par ailleurs, de nombreuses études se sont récemment intéressées à l'intérêt de l'APA. Cependant, ces recherches ont principalement recruté des patients âgés et bénéficiant d'une Affection Longue Durée (ALD). Notre étude se distingue par son caractère novateur, car elle se concentre sur une population où l'intérêt de l'APA a été peu étudié : des individus plus jeunes et actifs. En outre, la prescription de l'APA a été récemment élargie, sur le plan réglementaire, à « toutes les personnes présentant une maladie chronique, des facteurs de risque ou qui sont en situation de perte d'autonomie » [22]. Cette évolution législative ouvre de nouvelles perspectives pour l'application de l'APA, au-delà des groupes traditionnellement étudiés.

Notre étude a pour ambition de démontrer les bénéfices potentiels de l'APA pour des populations plus jeunes et actives, souffrant de diverses douleurs ou de détresse psychologique. Les résultats obtenus visent à encourager les médecins à prescrire l'APA aussi aux patients présentant d'autres types de souffrances chroniques. Cette perspective élargie pourrait

transformer la manière dont l'APA est utilisée dans le système de santé, en soulignant son potentiel pour améliorer la qualité de vie d'un groupe plus diversifié de patients.

- Impact du programme à moyen terme

Dans cette étude, les patients ont été interrogés 8 à 16 mois après leur inclusion dans le programme d'APA. Bien que ce délai puisse altérer les souvenirs des patients concernant leur expérience initiale, il représente un avantage en permettant d'évaluer l'impact à plus long terme des séances d'APA. L'objectif de l'APA étant de servir de tremplin pour encourager les patients à poursuivre une activité physique régulière et à changer durablement leurs habitudes de vie, ce délai permet de mettre en évidence l'influence à moyen terme du programme. En effet, il est crucial de comprendre non seulement les effets immédiats des séances d'APA, mais aussi leur capacité à engendrer des changements de comportement durables et bénéfiques pour la santé des patients. Cette période de suivi permet donc d'apprécier la persistance des bénéfices acquis et de déterminer si les patients continuent à intégrer l'activité physique dans leur quotidien, ce qui est essentiel pour une amélioration continue de leur qualité de vie et de leur bien-être général.

- Rigueur méthodologique

Pour accroître sa validité, cette étude s'est efforcée de respecter les critères établis par la grille COREQ, laquelle identifie les critères essentiels pour mener une recherche qualitative rigoureuse. En alignement avec ces standards, cette étude satisfait 29 critères spécifiques définis par la grille COREQ. [Annexe 5]

La grille COREQ est une ressource précieuse dans le domaine de la recherche qualitative, car elle offre un cadre structuré pour assurer la transparence et la robustesse méthodologique. Chaque critère abordé dans cette étude contribue à garantir que les processus de collecte, d'analyse et d'interprétation des données ont été rigoureusement conduits.

- Triangulation des données

Une triangulation des données a été effectuée pour renforcer la validité et la rigueur de l'étude. Concrètement, une analyse croisée de trois entretiens a été réalisée par un expert indépendant, qui n'avait aucun intérêt personnel dans cette recherche.

Cette démarche a permis une vérification externe des catégories émergentes identifiées par l'investigateur principal. L'expert indépendant, a analysé les mêmes entretiens et a proposé ses propres catégories. Les catégories identifiées par l'investigateur et celles proposées par l'expert se sont chevauchées de manière significative, indiquant une forte concordance entre les deux analyses. Cette congruence a permis de fusionner les catégories en une structure cohérente et robuste, renforçant ainsi la crédibilité des résultats obtenus.

L'utilisation de cette méthode de triangulation assure une analyse plus fiable et rigoureuse des données.

2. Limites

Cependant, notre étude présente également des limites qu'il convient de développer.

Parmi les 14 patients initialement inclus dans l'étude, seuls sept ont réalisé un entretien semi-dirigé. Deux patients ont été exclus car ils n'avaient pas participé à un nombre suffisant de séances d'APA. Cette exclusion pourrait avoir conduit à écarter les patients ayant une faible assiduité aux séances d'APA, pour des raisons qui n'ont pas été explorées.

De plus, sur les 10 patients contactés, seuls sept ont accepté de participer aux entretiens. Les trois autres n'ont pas répondu, soulevant des interrogations quant à la possibilité d'un manque de bénéfice perçu par ces patients, ou encore à la présence de souvenirs négatifs qui auraient pu décourager leur participation. Cette situation suggère la possibilité d'un biais de recrutement dans notre étude, où seuls les patients ayant une forte motivation personnelle à partager leur expérience ont été inclus.

D'autre part, les patients ont été recrutés exclusivement parmi la patientèle d'une seule maison de santé. Cette approche soulève la question de la généralisation des résultats à l'ensemble de la population régionale, voire nationale. Les conclusions tirées de cette étude sur une population spécifique pourraient ne pas être représentatives des résultats que l'on pourrait observer auprès d'une population différente. Les résultats obtenus dans une seule maison de santé peuvent être influencés par des facteurs locaux spécifiques, tels que les pratiques cliniques, les ressources disponibles, ou même les attitudes et croyances culturelles des patients.

De même, toutes les séances d'APA ont été dirigées par un seul enseignant en APA. Cette situation soulève la question de savoir si les résultats de l'étude pourraient être influencés par la relation que les patients ont développée avec ce professeur ainsi que par ses méthodes pédagogiques et ludiques spécifiques. Il est légitime de se demander si les résultats auraient été similaires si les patients avaient été intégrés dans un autre groupe d'APA, encadré par d'autres enseignants spécialisés en APA. Les variations dans les compétences pédagogiques, les styles d'enseignement et les personnalités des instructeurs peuvent potentiellement affecter les niveaux de motivation, l'engagement des participants et, par conséquent, les résultats obtenus.

Pour terminer, une autre limitation de cette étude réside dans le faible nombre de patients inclus et interrogés. Bien que certaines données recueillies aient montré une certaine redondance, la saturation des données n'a pas pu être clairement établie en raison du nombre limité de patients disponibles pour l'entrevue.

IV – Perspectives de recherche

- Implication pour la pratique clinique et Enjeux des pouvoirs de santé publique

Notre étude met en évidence l'importance de l'APA dans l'éducation thérapeutique des patients pour encourager une activité physique régulière. L'APA a un impact largement bénéfique sur les maladies physiques et psychologiques, tout en aidant les patients à devenir plus autonomes et acteurs de leur propre santé.

Face à ces résultats très positifs, il serait pertinent que les autorités de santé publique et les professionnels de santé recommandent et prescrivent plus fréquemment des séances d'APA.

Pour éviter de restreindre l'accès à une partie de la population, il serait avantageux que l'APA soit couverte par le système de santé français actuel. Le coût des séances d'APA constituant un obstacle significatif, il semble essentiel que les autorités de santé publique envisagent leur remboursement.

En effet, compte tenu de l'impact préventif primaire et secondaire de l'APA, il serait intéressant d'évaluer les retombées économiques d'un tel programme de prévention afin de le rendre accessible à l'ensemble des patients.

De plus, l'APA, en encourageant la pratique régulière d'une activité physique, pourrait être proposé à tous les patients sédentaires avant l'apparition de pathologies chroniques, notamment aux jeunes patients, y compris les mineurs. Cela permettrait d'éduquer les jeunes générations à modifier leurs comportements sédentaires et à intégrer durablement le sport dans leur quotidien.

- Propositions de recherche

Dans notre étude, les patients ont participé à une séance hebdomadaire pendant 10 semaines. Bien que le nombre de séances soit modéré, des bénéfices sont déjà observables. Il serait donc

pertinent d'examiner la relation dose-effet des séances d'APA pour déterminer le nombre optimal de séances à prescrire à chaque patient.

De plus, il serait intéressant de mener une étude quantitative auprès de cette même population pour comparer les bénéfices perçus par les patients avec ceux mesurés par des scores et variables numériques.

De plus, afin d'évaluer la portée et la validité des résultats, il serait judicieux d'élargir le recrutement des participants dans différentes structures de soins ou à travers plusieurs sites géographiques.

Pour une interprétation éclairée des résultats, il pourrait également être bénéfique d'envisager des études futures qui comparent les effets de l'APA entre différents instructeurs ou groupes d'enseignants. Cela permettrait de mieux comprendre l'impact spécifique de l'enseignant sur les résultats de l'APA et d'identifier les meilleures pratiques pour maximiser les bénéfices de cette thérapie pour les patients.

CONCLUSION

Les troubles musculosquelettiques sont un enjeu majeur du système de santé actuel, et une problématique quotidienne dans l'activité des médecins généralistes. Les bienfaits de l'activité physique sur la santé sont connus et désormais validés par de nombreuses revues de la littérature publiées en France et à l'étranger. Ainsi, les recommandations internationales promeuvent une activité physique régulière. Depuis 2016, le médecin généraliste peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, dans le cadre du parcours de soins pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée, d'une maladie chronique, présentant des facteurs de risque ou des personnes en perte d'autonomie.

Dans notre étude, des patients souffrant de douleurs chroniques, impactant leur vie professionnelle, ont intégré un programme d'APA. Encadré par un enseignant en APA, ce programme comprenait une séance hebdomadaire sur une période de 10 semaines consécutives. Pour évaluer les bénéfices à moyen terme, des entretiens semi-dirigés ont été menés avec les patients 8 à 16 mois après leur inclusion dans le programme.

Les résultats montrent que les patients ont vécu le programme d'APA comme une expérience positive et amusante. L'aspect ludique des séances a suscité leur intérêt et facilité leur apprentissage. En plus des bénéfices physiques, tels que la réduction de la douleur et des limitations quotidiennes, des avantages psychologiques ont également été observés, notamment par la diminution de l'isolement. Le programme, adapté et personnalisé en fonction des pathologies des patients, a valorisé leurs capacités physiques et renforcé leur estime de soi. Encadrés par un professionnel qualifié, les patients se sont sentis en sécurité, évoluant dans une atmosphère de confiance, ce qui a permis de surmonter certaines appréhensions liées à l'activité sportive. Globalement, les patients rapportent une amélioration de leur qualité de vie grâce à leur participation au programme d'APA. Il a également été observé que la prescription par le médecin généraliste a joué un rôle persuasif et motivant pour encourager les patients à rejoindre le programme d'APA.

Suite à cette expérience, certains patients ont intégré l'activité physique dans leur quotidien, d'autres ont adopté un mode de vie plus sain et se sont investis davantage dans leur santé. Le programme d'APA a donc non seulement favorisé l'éducation thérapeutique pour la pratique

régulière d'une activité physique, mais a également joué un rôle de prévention primaire en réduisant les facteurs de risque de pathologies chroniques, et de prévention secondaire en atténuant les limitations et les conséquences des douleurs chroniques. Cependant, on observe des discours divergents sur les bénéfices ressentis, modifiant ainsi considérablement la motivation des patients à entreprendre des changements de leurs habitudes de vie. Il semble donc nécessaire d'adapter l'approche pédagogique à la variabilité individuelle des patients.

Ainsi, le programme d'APA apparaît comme un enjeu essentiel pour le bien-être et la santé des patients. En renforçant la promotion de ce programme, les médecins et les pouvoirs publics pourraient avoir un impact médical et économique pertinent.

ANNEXES

[Annexe 1] Livret APA

[Annexe 2] Questionnaire initial : Score PAQ, SF12, et déclaration de la consommation d'antalgique

[Annexe 3] Guide d'entretien

[Annexe 4] Autorisation de la Commission nationale de l'Informatique et des Libertés

[Annexe 5] Échelle COREQ

[Annexe 6] Carte heuristique des résultats

Annexe 1 : Livret APA remis à chaque patient



Mon carnet d'Activité Physique Adaptée

NOM :

PRENOM :

DATE :



L'Activité Physique Adaptée

Depuis la loi de modernisation de notre système de santé datant de 2016, les médecins généralistes et autres médecins spécialistes peuvent prescrire de l'activité physique adaptée.

Cela s'avère tout à fait pertinent puisque la Haute Autorité de Santé (HAS) assimile l'activité physique à « une thérapeutique à part entière ».

Le décret relatif à cette loi précise que : « La dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection chronique dont elle est atteinte.»

La loi prévoit que les médecins puissent donc prescrire de l'activité physique adaptée aux patients souffrant de ce que l'on appelle une Affection de Longue Durée ou d'une maladie chronique ou alors aux patients présentant des facteurs de risques d'en développer et en perte d'autonomie.

L'activité physique est alors adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.

L'activité physique adaptée est dispensée par des professionnels de santé (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens), des enseignants en éducation physique adaptée ou des éducateurs sportifs.

Cependant, la loi ne prévoit pas de remboursement pour l'activité physique adaptée et son accès reste alors limité.

Le cabinet de Rigney vous permet ainsi d'accéder à un programme d'activité physique adaptée à votre pathologie avec une prise en charge financière complète.

Vous pourrez ainsi observer le bénéfice des séances d'activité physique sur vos douleurs ostéoarticulaires. Le but de ce programme est de vous faire bénéficier d'un tremplin vers la reprise progressive d'une activité physique dans des structures classiques par la suite.



L'Impact de l'Activité Physique sur ma Santé

L'Obésité :

L'obésité est caractérisée par une accumulation progressive de tissu adipeux au sein de l'organisme résultant principalement d'un déséquilibre important de la balance énergétique. Il est clairement établi que cet excès de graisse, notamment au niveau abdominal, est associé à l'apparition de pathologies métaboliques, dont le diabète de type 2, ainsi que de certains cancers. Les derniers rapports en France démontrent que le risque de diabète est trois et sept fois plus importante chez les patients en surpoids et les personnes obèses respectivement, par rapport à la population générale.

Les études internationales convergent toutes vers l'importance de pratiquer une activité physique régulière afin de réduire les risques liés à l'obésité.

Ainsi, le résultat marquant est que la personne obèse, dès lors qu'elle est en bonne forme physique et avec une masse musculaire suffisante, ne présente pas plus de risque de mortalité ou de maladies métaboliques (comme le diabète) qu'un individu actif sans surpoids. Le message de santé publique reste donc de lutter non seulement contre l'obésité mais aussi contre un faible niveau de condition physique.

Le Diabète :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que la sédentarité est la cause principale de 27% des cas de diabète. Il est donc intéressant de pratiquer une activité physique pour prévenir le risque d'apparition du diabète.

D'autre part, chez les diabétiques, le but principal du traitement est d'obtenir et de maintenir des niveaux acceptables de glycémie, des lipides et de pression artérielle, notamment pour prévenir ou retarder l'apparition des complications. Dans ce contexte, les modifications des habitudes de vie, notamment nutritionnelles et d'activité physique sont essentielles.

Les études de grandes ampleurs montrent une diminution significative de la mortalité pour les personnes diabétiques pratiquant une activité physique régulière comparativement aux patients ne pratiquant pas ou peu d'activité physique. (-20 à -50 %)

Le syndrome coronarien aigu :

Le syndrome coronaire aigu est défini par une douleur thoracique constrictive évocatrice d'une souffrance des artères du cœur (les coronaires), associée ou non à des modifications électrocardiographiques.

Dans le monde et chaque année, plus de 7 millions de personnes souffrent d'un syndrome coronarien aigu. Le taux de mortalité à un an est aujourd'hui de l'ordre de 10 %. Chez les patients qui survivent, 20 % souffrent d'un deuxième événement cardiovasculaire au cours de la première année.

Dans ce cadre, la prévention par l'activité physique est cruciale pour réduire les risques de récurrences et améliorer la qualité de vie. Outre l'amélioration du pronostic, on retrouve l'amélioration des fonctions cardiovasculaires, pulmonaires et musculaires, de l'inflammation, des symptômes dépressifs, du stress et des fonctions cognitives grâce à la pratique d'activité physique régulière.

De plus, les études démontrent qu'un programme de réadaptation cardiaque fondé sur l'activité physique réduit de 26 % la mortalité totale et de 30 % la mortalité d'origine cardiaque.

L'accident vasculaire cérébral ou AVC :

Un accident vasculaire cérébral (AVC) survient lorsque l'irrigation sanguine d'une partie du cerveau est interrompue à cause d'un caillot sanguin ou lorsqu'il y a une rupture d'une artère cérébrale provoquant ainsi une hémorragie.

Les AVC constituent la première cause mondiale de handicap fonctionnel, la deuxième cause de décès et la troisième cause de handicap en général : plus de 60 % des patients post-AVC restent handicapés.

Mais il est possible de prévenir la plupart des AVC en intervenant sur un petit nombre de facteurs de risque essentiels.

Un million d'AVC par an sont liés à l'inactivité physique. Ainsi, en pratiquant l'activité physique minimale recommandée par semaine, une réduction significative du risque de faire un AVC a été démontré.

Syndrome dépressif :

Les effets bénéfiques de l'activité physique sur les symptômes dépressifs et la dépression sont étudiés scientifiquement depuis plus d'un siècle.

Les études récentes montrent que l'activité physique régulière est associée à une réduction des symptômes dépressifs et qu'inversement, la présence de symptômes dépressifs est associée à une activité physique inférieure aux recommandations. Certaines études suggèrent même que

le bénéfice thérapeutique de programmes d'APA chez des adultes ayant un épisode dépressif est similaire à celui des médicaments antidépresseurs et les psychothérapies. De plus, les effets secondaires sont moindres que ceux des médicaments antidépresseurs

Pathologies ostéoarticulaires :

- Les lombalgies chroniques

En 2016, l'étude Global Burden of Disease Study a montré que parmi 310 maladies chroniques, la lombalgie commune était la 1^{re} cause d'années de vie vécues avec handicap .

La synthèse des données de la littérature montre que dans la lombalgie chronique, l'activité physique régulière permet d'obtenir une réduction de la douleur et une amélioration de la fonction, et une réduction de l'incapacité à travailler à long terme. Les exercices ont également un intérêt lorsqu'ils sont réalisés après un épisode de lombalgie, afin de prévenir les récurrences, réduire leur nombre et le nombre de jours d'arrêt de travail dans les deux ans qui suivent l'épisode de lombalgie initial.

- Les cervicalgies chroniques

Dans les cervicalgies chroniques, les exercices, en particulier le renforcement musculaire et les étirements de la région cervico-scapulothoracique et des membres supérieurs ont un effet bénéfique sur la douleur.

- L'arthrose

Selon les recommandations 2014 de l'OARSI (Osteoarthritis Research Society International), l'Activité Physique Adaptée constitue la pierre angulaire du traitement de l'arthrose. Elle est recommandée chez tous les patients arthrosiques, quels que soient le stade ou la localisation de la maladie et les comorbidités associées.

Les traitements non pharmacologiques de l'arthrose incluent les exercices à sec et aquatiques, les exercices de renforcement musculaire, la perte de poids, le self-management, et la réalisation d'une activité physique régulière.

Le traitement a pour but d'améliorer la mobilité articulaire, la force musculaire, la souplesse, les performances aérobies et la proprioception

L'activité physique adaptée occupe une place fondamentale dans la prise en charge des pathologies ostéoarticulaires inflammatoires et non inflammatoires, car celles-ci s'accompagnent d'un lourd handicap d'origine musculosquelettique et d'un retentissement psychologique, social et professionnel sévère.

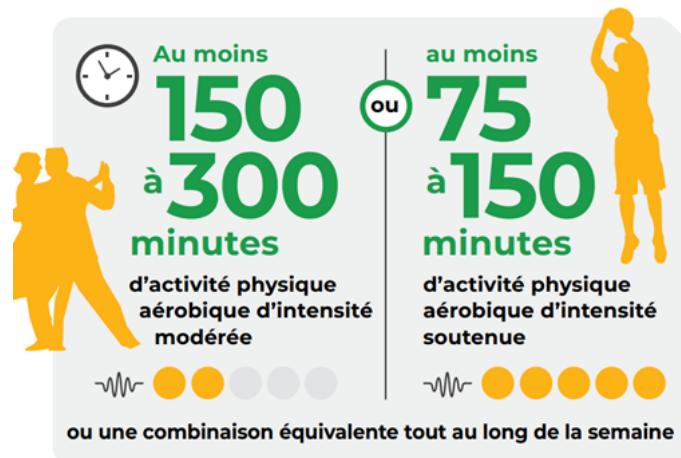
Les Recommandations pour ma Santé

⇒ Tous les adultes devraient pratiquer une **activité physique régulière**.

⇒ Au moins **150 à 300 minutes** d'activité physique **aérobique** d'intensité modérée par semaine

ou

⇒ Au moins **75 à 150 minutes** d'activité physique **aérobique** d'intensité soutenue par semaine



Pour retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé :

Au moins



2 fois par semaine

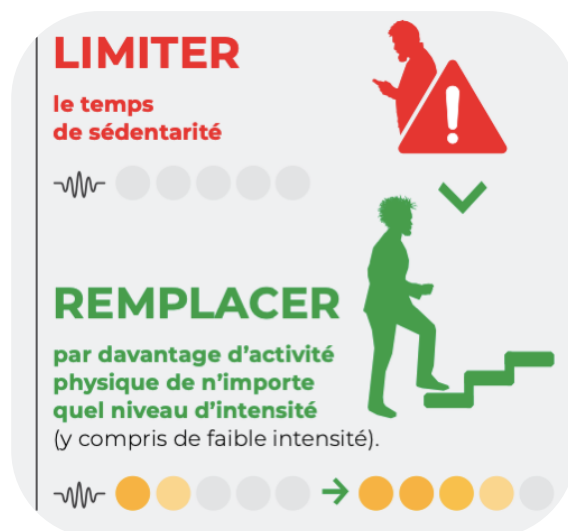
des activités de **renforcement musculaire** d'intensité modérée ou plus soutenue faisant travailler les principaux groupes musculaires.



⇒ Les adultes devraient également pratiquer des activités de **renforcement musculaire d'intensité** modérée ou plus soutenue faisant travailler les principaux groupes musculaires **deux fois par semaine ou plus**, au vu des bénéfices supplémentaires que ces activités apportent sur le plan de la santé.

⇒ Les adultes devraient **limiter leur temps de sédentarité**.

⇒ **Remplacer la sédentarité par une activité physique** de tout niveau d'intensité (y compris de faible intensité) apporte des bénéfices pour la santé.



Séance 1

Mes remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

Séance 2

Mes remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

Séance 3

Mes remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

Séance 4

Mes remarques :

.....
.....
.....
.....
.....

Séance 5

Mes remarques :

.....
.....
.....
.....
.....

Séance 6

Mes remarques :

.....
.....
.....
.....
.....

Séance 7

Mes remarques :

.....
.....
.....
.....
.....

Séance 8

Mes remarques :

.....
.....
.....
.....
.....

Séance 9

Mes remarques :

.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 2 : Questionnaire initial

QUESTIONNAIRE INITIAL

Date. : / / Initiales Nom : Initiales Prénom : Numéro de
téléphone :

Age : Taille : Poids : Sexe :

▪ **Actuellement vous êtes en :**

- Activité Professionnelle Arrêt de Travail Maladie Professionnelle
 Sans activité professionnelle Invalidité Temps Partiel Thérapeutique

▪ **Quels sont vos freins à pratiquer une activité physique :**

- A – La douleur B – La motivation, l’envi C – Le coût D – Le temps
E – La météo F – L’absence de partenaire pour pratiquer G – Le moyen de déplacement
H – La peur de se blesser I - Ne pas savoir comment s’y prendre

Autres :

▪ **Zones anatomiques douloureuses / Troubles rhumatologiques :**

- A – Épaule B – Rachis (Lombalgies, sciatiques...) C – Genou D – Hanche E – Mains F – Cheville
Autres :

▪ **J’évalue ma douleur ressentie ces 3 derniers jours sur cette échelle : 0 (aucune douleur) à 10 (pire douleur imaginable)**



▪ **De manière générale, comment estimez-vous votre condition physique actuelle ?**

- Excellente Très bonne Bonne Médiocre
Mauvaise

▪ **Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :**

- Excellente
Mauvaise
- Très bonne
- Bonne
- Médiocre
-

▪ **En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité pour :**

- des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules...) ?
- Oui, beaucoup limité
- Oui, un peu limité
- Non, pas du tout limité
- monter plusieurs étages par l'escalier ?
- Oui, beaucoup limité
- Oui, un peu limité
- Non, pas du tout limité

▪ **Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :**

- avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?
- Toujours
- La plupart du temps
- Souvent
- Parfois
- Jamais
- avez-vous été limité pour faire certaines choses ?
- Toujours
- La plupart du temps
- Souvent
- Parfois
- Jamais

▪ **Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :**

- avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?
- Toujours
- La plupart du temps
- Souvent
- Parfois
- Jamais
- avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?
- Souvent
- Parfois
- Jamais
- Toujours
- La plupart du temps

▪ **Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?**

- Pas du tout
- Un petit peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Énormément

▪ **Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée**

- y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?
- Toujours
- La plupart du temps
- Souvent
- Parfois
- Jamais

→ y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ?

- Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

→ y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?

- Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, y a t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

Au cours des **7 derniers jours**, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez fait des activités physiques **intenses** comme porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT ou jouer au football ?

_____ jours par semaine

Au total, combien de temps avez-vous passé à faire des activités **intenses** au cours des **7 derniers jours** ?

..... heures(s) par jour minutes par jour

Au cours des **7 derniers jours**, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez fait des activités physiques **modérées** comme porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement, ou jouer au volley- ball ? **Ne pas inclure la marche.**

_____ jours par semaine

Au total, combien de temps avez-vous passé à faire des **activités modérées** au cours des **7 derniers jours** ?

..... heures(s) par jour minutes par jour

Au cours des **7 derniers jours**, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez **marché** pendant **au moins 10 minutes d'affilée**.

_____ jours par semaine

Au total, combien de temps avez-vous passé à **marcher** au cours des **7 derniers jours** ?

heures(s) par jour minutes par jour

Au cours des **7 derniers jours**, combien de temps avez-vous passé **assis** pendant un **jour de semaine** ?

..... heures(s) par jour minutes par jour

	Jamais	Au moins 1 fois dans la vie	Au moins 1 fois par an	Au moins 1 fois par mois	Au moins 1 fois par semaine	AU moins 1 fois par jour
Paracétamol						
Dafalgan®						
Doliprane®						
Efferalgan®						
Panadol®						
Algodol®						
Dolko®						
Claradol®						
Céfaline®						
Codéine						
Dicodin®						
Codolprane®						
Dafalgan codéiné®						
Klupal®						
Algisedal®, Algicalm®						
Paracetamol codéiné						
Migralgine®, Prontalgine®						
Antarene codéiné®						
Sedaspir®, Novacetol®						
Tramadol						
Biodalgic®						
Monocrixo®						
Orozamudol®						
Monoalgic®						
Zamudol®						
Zumalgic®						
Contramal®						
Topalgic®						
Ixprim®						
Zaldiar®						
Takadol®						
Opium						
Lamaline®						
Izalgi®						
Morphine						
Skenan®						
Actiskenan®						
Moscontin®						
Oramorph®						
Sevredol®						
Oxycodone						
Oxynorm®						
Oxycontin®						
Anti-inflammatoire (AINS)						
Brexin®						
Antadys®						
Ketoprofen (Profenid®)						
Apranax®, Naproxene®						
Nifluril®						
Ibuprofen (Advil®, Spifen®, Brufen®, Nurofen®, Spedifen®)						
Nalgescic®						
Voltarene®						
Aceclofenac (Cartrex®)						
Ponstyl						
Surgam®						
Celebrex®						
Flanid®						
Néfopam (Acupan®)						
Prégabaline (Lyrica®)						
Carbamazépine (Tegretol®)						
Gabapentine (Neurontin®)						
Clomipramine = Anafranil						
Duloxétine (Cymbalta)						
Laroxyl®						
Trofanic®						
Fentanyl transmuqueux						
Recivit®						
Pecfent®						
Abstral®						
Actiq®						
Breakyl®						
Effentora®						
Instanyl®						
Anti-migraineux						
Almotriptan (Almogran®)						
Elétriptan (Relpax®)						
Frovatriptan (Tigreat®)						
Naratriptan (Naramig®)						
Rizatriptan (Maxalt®)						
Sumatriptan (Imigrane®)						
Zolmitriptan (Zomig®)						
Autres anti-douleur :						
.....						
.....						

Annexe 3 : Le guide d'entretien qualitatif semi structuré individuel

Vous avez bénéficié d'un programme d'activité physique adaptée au cabinet médical de Rigney il y a quelques mois. Nous nous étions alors rencontrés, et je vous ai expliqué mon projet de thèse portant sur l'impact de ce programme d'APA chez les patients ayant participé. Au cours de cet entretien vous pourrez vous exprimer librement, sans jugement et votre anonymat est garanti. Cependant dans le but de retranscrire puis analyser les réponses de tous les patients inclus dans mon étude, je vais enregistrer notre échange à l'aide d'un dictaphone. Cet entretien se veut semi-dirigé, c'est-à-dire que je vais vous poser quelques questions ouvertes pour orienter l'entretien, mais vos réponses doivent être des témoignages personnels qui seront accueillis sans jugement.

Consentez-vous à participer à cet entretien et à son enregistrement.

I - Court questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon :

- Age à l'inclusion dans le groupe d'APA
- Sexe
- IMC
- Localisation des douleurs
- Situation professionnelle au moment de l'inclusion dans le groupe d'APA
- Score de qualité de vie
- Score de sédentarité

II – Entretien Semi-dirigé

1. Comment définiriez-vous l'Activité Physique Adaptée ?
2. Quels sont les bénéfices que vous avez obtenus à participer aux séances d'APA à sur les douleurs musculosquelettiques à sur votre activité professionnelle à sur votre moral à sur votre vie familiale / sociale
3. A votre avis, quels sont les bénéfices que votre médecin espérait pour vous en vous intégrant dans ce programme d'APA
4. Quelles modifications dans vos habitudes de vie avez-vous projeté de réaliser ?
5. Lesquelles avez-vous réaliser ?

- Quelle activité physique / sport pratiquiez-vous avant de participer au programme d'APA.
- Comment qualifieriez-vous votre niveau d'activité physique avant l'APA ?
Comment qualifieriez-vous votre forme physique avant l'APA ?
- Au cours des 2 mois de votre participation au programme d'APA comment qualifieriez-vous votre forme physique ?
- Aujourd'hui quelle est – elle ?
- Quels étaient vos freins initiaux à pratiquer une activité physique régulière (cout, temps, météo, distance, douleur ...)
- Ces freins persistent-ils ou certains ne vous freinent plus ?
- A qui conseilleriez-vous de participer au programme d'APA ?
- Que pensez-vous du sport sur prescription ? Dans votre cas quel impact l'acte de prescription a-t-il eu sur votre participation ?

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-001

reçue le 28 avril 2024

Madame Amandine ROBERT

25000 BESANCON

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : Madame ROBERT Amandine

Service :

Adresse :

CP : 25000

Ville : BESANCON

N° SIREN/SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. :

Fax. :

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 29 avril 2024

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - 01 53 73 22 22 - www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

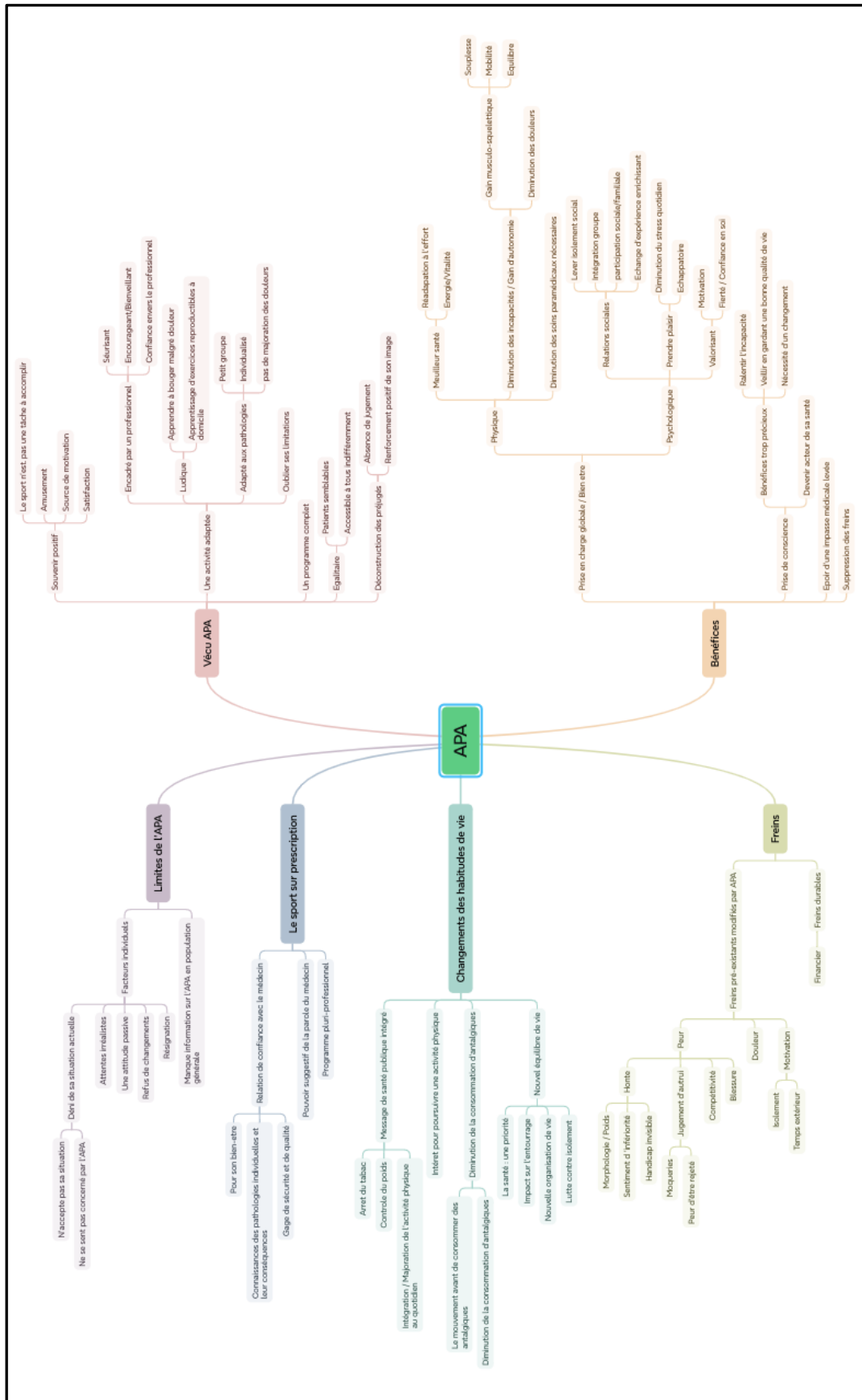
Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

Annexe 5 : Score COREQ

N°	Item	Question
1	Enquêteur	Entretiens individuels mené par l'investigateur seul
2	Titres académiques	Le chercheur est un étudiant interne en médecine générale
3	Activité	Étudiant en 3eme cycle
4	Genre	Femme
5	Expérience / Formation	Étudiant en 3eme cycle de médecine Master en ingénierie de la santé
6	Relation antérieure	L'investigateur a déjà rencontré certains des patients recrutés lors de leur prise en charge médicale au cabinet médical de RIGNEY, où il a effectué un stage de 6 mois
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	L'investigateur s'est présenté au début de l'étude comme étudiant en 3eme cycle de médecine et réalisant un travail de thèse.
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Le chercheur est une étudiante en 3eme cycle de médecine générale
9	Orientation méthodologique et théorie	Analyse interprétative phénoménologique (IPA)
10	Échantillonnage	Recrutement par les médecins du cabinet médical de RIGNEY (25) au sein de leur patientèle de patients présentant les critères d'inclusion. Proposition au cours de la consultation.
11	Prise de contact	Appel téléphonique
12	Taille de l'échantillon	10 patients ont été inclus
13	Non-participation	3 patients n'ayant pas souhaité accorder du temps à l'étude
14	Cadre de la collecte de données	Au domicile des patients inclus sauf pour un patient où le recueil de données a été réalisé par visioconférence
15	Présence de non-participants	Aucun
16	Description de l'échantillon	Patients de sexe masculin ou féminin âgés entre 48 ans et 63 ans et présentant des douleurs musculosquelettiques impactant leur activité professionnelle.
17	Guide d'entretien	Réalisé au préalable des entretiens semi-dirigés

18	Entretiens répétés	Les entretiens n'ont été réalisés qu'une seule fois
19	Enregistrement audio/visuel	Enregistrement audio par dictaphone
20	Cahier de terrain	Aucune note de terrain n'a été prise pour ne pas interférer dans l'entretien et déstabiliser le patient et son témoignage
21	Durée	La moyenne de durée des entretiens était de vingt-six minutes.
22	Seuil de saturation	Non atteint
23	Retour des retranscriptions	Non
24	Nombre de personnes codant les données	Une triangulation des données a été réalisée par un double codage sur 3 des entretiens. Le double codage a été réalisé par un investigateur externe à l'étude et expérimenté.
25	Description de l'arbre de codage	Verbatim, propriétés, catégories
26	Détermination des thèmes	Thèmes déterminés selon les données
27	Logiciel	Microsoft Word et Xmind
28	Vérification par les participants	Non
29	Citations présentées	Exemples de verbatims pour chaque propriété
30	Cohérence des données et des résultats	Les catégories identifiées par l'investigateur et celles proposées par l'expert se sont chevauchées de manière significative, indiquant une forte concordance entre les deux analyses. Les données sont donc cohérentes avec les résultats. Les résultats sont également comparables aux connaissances de la littérature
31	Clarté des thèmes principaux	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Oui

Annexe 6 : Carte heuristique des résultats de l'étude



BIBLIOGRAPHIE

- [1] HAS - Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité – 2022 [Internet]. [cité 28 avr 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/guide_connaissance_ap_sedentarite_vf.pdf
- [2] Melo EAS de, Ferreira LE de S, Cavalcanti RJF, Botelho Filho CA de L, Lopes MR, Barbosa RH de A. Nuances between sedentary behavior and physical inactivity: cardiometabolic effects and cardiovascular risk. *Rev Assoc Médica Bras.* 16 août 2021;67:335-43.
- [3] Pratt M, Norris J, Lobelo F, Roux L, Wang G. The cost of physical inactivity: moving into the 21st century. *Br J Sports Med.* févr 2014;48(3):171-3.
- [4] World Health Organization - Activité physique [Internet]. [cité 28 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- [5] Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN 2014-2016). *Santé publique France*; 2017. p. 58
- [6] Bigard X. Activité physique, sédentarité, et pathologies non transmissibles. Évaluation des risques sanitaires. *Bull Académie Natl Médecine.* 1 oct 2019;203(7):603-12
- [7] World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2010.* Geneva : World Health Organization, 2010 : 176 p.
- [8] World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2014.* Geneva: World Health Organization; 2014 : 280 p.
- [9] Boiche J, Fervers B, Freyssenet D, Gremy I, Guiraud T, Moro C, et al. *Activité physique: Prévention et traitement des maladies chroniques.* 2019

[10] Anses - Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Rapport d'expertise collective, février 2016. - [Internet]. 2016 [cité 16 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/actualisation-des-rep%C3%A8res-du-pnns-r%C3%A9visions-des-rep%C3%A8res-relatifs-%C3%A0-l%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-%C3%A0>

[11] Clinton SK, Giovannucci EL, Hursting SD. The World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research Third Expert Report on Diet, Nutrition, Physical Activity, and Cancer: Impact and Future Directions. *J Nutr.* 1 avr 2020;150(4):663-71.

[12]. Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'œil [WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020.

[13]. Bureau régional OMS de l'Europe. Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025. Copenhague, Organisation mondiale de la Santé, 2016

[14]. Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 [Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world]. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2019.

[15] La prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) | Le portail de la fonction publique - Santé publique France [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.fonction-publique.gouv.fr/etre-agent-public/mon-quotidien-au-travail/sante-et-securite-au-travail/la-prevention-des-troubles-musculo-squelettiques-tms>

[16] Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Lond Engl.* 22 août 2015;386(9995):743-800.

[17] Safiri S, Kolahi AA, Cross M, Hill C, Smith E, Carson-Chahhoud K, et al. Prevalence, Deaths, and Disability-Adjusted Life Years Due to Musculoskeletal Disorders for 195 Countries and Territories 1990–2017. *Arthritis Rheumatol.* 2021;73(4):702-14.

[18] TMS : définition et impact [Internet]. [cité 1 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/val-de-marne/entreprise/sante-travail/risques/troubles-musculosquelettiques-tms/tms-definition-impact>

[19] Prévalence de TMS en France, dans la population générale et dans la population des actifs occupés selon la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2021

[20]. OMS. Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016. Geneva : OMS Europe, 2012 : 30 p.

[21]. Code de Santé Publique - Article D. 1172-1 du CSP – décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée

[22]. Décret n° 2023-234 du 30 mars 2023 relatif aux conditions de prescription et de dispensation de l'activité physique adaptée

[23]. Barbin JM, Camy J, Communal D, Fodimbi M, Perrin C, Vergnault, M. 2015. Référentiel d'activité et de compétences de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée. Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée. Paris

[24] Haute Autorité de Santé (HAS) Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte – 2022 [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf

[25] Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e éd. Armand Colin; 2016. 285 p.

- [26] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Vol. 19.
- [27] Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* août 2003;35(8):1381-95.
- [28] Gandek, Barbara, et al. "Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12. Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project." *Journal of clinical epidemiology* 51.11 (1998): 1171-1178.
- [29] Margot Trimbou, Jordan Sibeoni, Laurent Plancke. Réaliser une étude qualitative en santé. Guide méthodologique. Saint André Lez Lille : F2RSM Psy. 2021. 31 p.
- [30] Vos T, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet.* 2017;390:1211–1259. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32154-2.
- [31] Ambrose KR, Golightly YM. Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain: why and when. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2015;29:120–130. doi: 10.1016/j.berh.2015.04.022.
- [32] Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;1:CD011279.
- [33] Isabelle LP. HAS - RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES - La prescription d'activité physique adaptée (APA). juill 2022;
- [34] Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 10 juill 2024]. Éducation thérapeutique du patient (ETP). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

[35] Rapport de l’OMS-Europe, publié en 1996, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, traduit en français en 1998

[36] Zangi HA, Ndosu M, Adams J, Andersen L, Bode C, Boström C, et al. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis.* juin 2015;74(6):954-62.

[37] Gay C, Chabaud A, Guilley E, Coudeyre E. Educating patients about the benefits of physical activity and exercise for their hip and knee osteoarthritis. Systematic literature review. *Ann Phys Rehabil Med.* juin 2016;59(3):174-83.

[38] Murphy, S. M., Edwards, R. T., Williams, N., Raisanen, L., Moore, G., Linck, P., ... & Moore, L. (2012). An evaluation of the effectiveness and cost effectiveness of the National Exercise Referral Scheme in Wales, UK: a randomised controlled trial of a public health policy initiative. *J Epidemiol Community Health*, 66(8), 745-753. 13.

[39] Rödger, L., H. Jonsdottir, I., & Börjesson, M. (2016). Physical activity on prescription (PAP): self-reported physical activity and quality of life in a Swedish primary care population, 2-year follow-up. *Scandinavian journal of primary health care*, 34(4), 443-452.

[40] Jotterand F, Amodio A, Elger BS. Patient education as empowerment and self-rebiasing. *Med Health Care Philos.* déc 2016;19(4):553-61.

[41] IGUENANE J. Motivation et éducation thérapeutique. *Nutrition et facteurs de risque* ; nov 2004;2:27-30.

[42] Lieury A. Du laboratoire à la classe : psychologie expérimentale et pédagogie. *Sciences Humaines* 1997 ; 70 : 34-7

[43] Fiori M. Les émotions et l’engagement des élèves dans le cadre éducatif. *Rev Pluridiscip Educ Par Pour* Dr-E-S [Internet]. 8 janv 2024. Disponible sur: <https://doi.org/10.57154/journals/red.2023.e1383>

- [44] Fredricks, J. A., Blumenfeld, P. C., & Paris, A. H. (2004). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research*, 74(1), 59–109.
- [45] RYAN, R.M., & DECI, E.L. (2007). Self-determination theory. and the promotion and maintenance of sport, exercise, and health. In M.S. Hagger & N.L.D Chatzisarantis (Eds.), *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport*, Champaign, Human Kinetics, 1-19.
- [46] Pedro J Teixeira, Eliana V Carraça, David Markland, Marlene N Silva & Richard M Ryan. Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review | *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*
- [47] BALINT M. (1972), *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, Collection Science de l'Homme
- [48] Bruxelles J. Placebo et effet placebo dans le traitement de la douleur. *Douleur Analgésie*. 1 mars 2004;17(1):3-7.
- [49] Ancellin, R. Prescription d'activité physique par les médecins : freins et leviers. *Act Phys Adapt Promouvoir Santé Popul.* déc 2022;(N° 462):19-21.

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	29
I. Activité Physique et Santé	29
1. Inactivité physique et sédentarité	29
2. Épidémiologie des maladies chroniques	31
3. Bénéfices de l'activité physique sur les maladies chroniques	32
4. Recommandations	35
5. Objectifs à atteindre	36
II. Troubles musculosquelettiques et arthrose	37
1. Définition	37
2. Impacts et Enjeux	37
III. Activité Physique Adaptée	39
1. Rôles de l'Activité Physique Adaptée	39
2. Prescription d'Activité physique Adaptée	40
3. Formation des Enseignants en APA	43
IV. Problématiques engendrées et objectifs	44
<u>METHODOLOGIE</u>	45
I. Type de l'étude	45
II. Population étudiée et déroulement de l'étude	46
III. Recueil des données	48
1. Caractéristiques de l'échantillon	48
2. Entretiens semi-dirigés	48
3. Éthique	49
IV. Analyse des données	50
<u>RESULTATS</u>	53
Généralités	53
Caractéristiques de la population interrogée	55
Résultats des entretiens semi-dirigés	56
I. Vécu du programme d'APA	56
1. Souvenir positif	57
2. Une activité adaptée	60
3. Un programme complet	62
4. Égalitaire	63
5. Déconstruction des préjugés	64
II. Bénéfices	67
1. Bien-être physique	68
2. Bien-être psychologique	70
3. Prise de conscience	73

4.	Impasse médicale levée	74
5.	Suppression des freins	75
II.	Freins	76
1.	Freins préexistants modifiables après l'intégration dans un programme d'APA	76
2.	Freins non modifiables	79
III.	Changement des habitudes de vie	80
1.	Message de santé publique intégré	80
2.	Intérêt pour poursuivre une activité physique	83
3.	Diminution de la consommation d'antalgiques	83
4.	Nouvel équilibre de vie	84
IV.	Impact du sport du prescription	86
1.	Relation de confiance avec son médecin	86
2.	Pouvoir suggestif de la parole du médecin	87
3.	Un programme pluriprofessionnel	88
V.	Limites du programme d'APA	89
1.	Facteurs individuels	89
2.	Manque d'information sur l'APA en population générale	92

<u>DISCUSSION</u>	93	
I.	Résultats principaux	93
1.	Expérience positive et amusante à la pratique d'un sport adapté et encadré ...	94
2.	Bénéfices physiques et psychologiques	94
3.	Diminution de la consommation d'antalgiques et des soins paramédicaux	95
4.	Suppression des freins et des appréhensions initiaux	95
5.	Prise de conscience	96
6.	Majoration et intégration du sport dans leur quotidien	96
7.	Rôle primordial de la relation médecin – patient	97
8.	Facteurs individuels à prendre en compte	97
II.	Analyse des résultats et comparaison avec la littérature	98
1.	Une démarche d'éducation thérapeutique	99
2.	Un tremplin vers l'autonomisation	100
3.	Facteurs individuels à prendre en compte en amont	101
4.	Créer l'amusement comme source de motivation	103
5.	L'impact du médecin généraliste	104
6.	APA peu connue et peu prescrite	105
III.	Forces et Limites	106
1.	Forces	106
2.	Limites	109
IV.	Perspectives de recherche	111

<u>CONCLUSION</u>	113
<u>ANNEXES</u>	115
I. Livret D'APA	116
II. Questionnaire initial	125
III. Guide d'entretien	129
IV. Autorisation de la Commission Nationale de l'Information et des Libertés	131
V. Echelle COREQ	132
VI. Carte Heuristique des résultats	134
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	135

RÉSUMÉ

Nom – Prénom : ROBERT Amandine

Thèse soutenue le : 15 octobre 2024

Titre de la thèse : **Vécu et impact à moyen terme d'un programme d'activité physique adaptée chez des patients présentant des douleurs musculosquelettiques impactant leur activité professionnelle**

Résumé :

Introduction : Les troubles musculosquelettiques sont un enjeu majeur du système de santé actuel, et une problématique quotidienne dans l'activité des médecins généralistes. Les bienfaits de l'activité physique sur la santé sont désormais reconnus et les recommandations internationales prouvent une activité physique régulière. Depuis 2016, le médecin généraliste peut prescrire une activité physique adaptée (APA) à la pathologie, dans le cadre du parcours de soins pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée, d'une maladie chronique, présentant des facteurs de risque ou des personnes en perte d'autonomie.

Méthodologie : Dans cette étude qualitative, des patients souffrant de douleurs chroniques et impactant leur activité professionnelle ont suivi un programme d'APA, encadré par un professionnel sur une période de 10 semaines. Des entretiens semi-dirigés ont ensuite été réalisés 8 à 16 mois après la fin du programme.

Résultats : La majorité des patients ont vécu ce programme de manière très positive, avec des bénéfices perçus tant sur le plan physique que psychologique. Ce programme a également renforcé leur estime de soi et leur motivation à pratiquer une activité physique. L'évaluation à moyen terme révèle que de nombreux patients ont intégré l'activité physique dans leur quotidien et ont adopté un mode de vie plus sain. L'APA constitue ainsi une véritable thérapie non médicamenteuse. Ce programme joue un rôle crucial dans l'éducation thérapeutique et contribue à la prévention des pathologies physiques et psychologiques. Grâce à son approche ludique et personnalisée, il favorise l'autonomie des patients et les incite à devenir acteurs de leur santé. Toutefois, il est important de prendre en compte les spécificités individuelles pour maximiser les résultats positifs.

Conclusion : L'étude suggère des bénéfices importants d'un tel programme sur la santé des patients. La promotion du programme d'APA par les médecins et les pouvoirs publics semble alors essentielle pour maximiser les bénéfices pour la santé des patients et avoir un impact positif sur le plan économique.

Mots clés : Activité Physique Adaptée, Inactivité Physique, Sédentarité, Douleurs Musculosquelettiques, Maladies Chroniques

