



UNIVERSITÉ DE LILLE

**DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2023-2024

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE

MENTION : Pathologies chroniques stabilisées, prévention et pathologies courantes en soins primaires

**ÉTUDE DE LA PRESCRIPTION ET DES FACTEURS À LA PRATIQUE DE  
L'ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE PATHOLOGIES  
CHRONIQUES SUR LE TERRITOIRE SAMBRE AVESNOIS**

Présenté et soutenu publiquement le 02 Juillet 2024 à 14h à Lille (département facultaire de  
médecine Henri Warembourg)

par **Rudy DELALÉ**

**MEMBRES DU JURY :**

**Président du jury : Monsieur le Professeur Ali AMAD**

**Enseignant infirmier : Monsieur Paul QUINDROIT**

**Directeur de mémoire : Madame Mélanie SEILLIER**

**Département facultaire de médecine Henri Warembourg**

Avenue Eugène Avinée

59120 LOOS

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Madame Mélanie Seillier, pour sa disponibilité, son attitude bienveillante, son professionnalisme, ses réponses à mes inquiétudes, ses compétences et sa gentillesse.

Je souhaite remercier mon équipe de direction, ma directrice des soins Madame Matton, ma cadre de santé, Madame Dubois et le Docteur Iberraken d'avoir pu me permettre d'accéder à la formation d'Infirmier en Pratique Avancée.

Je souhaite également remercier le Professeur François Puisieux et le Professeur Pierre Fontaine d'avoir porté le projet de cette formation. Je remercie Madame Acoulon, directrice ainsi que Madame Godefroy, secrétaire pour leur gentillesse, leur disponibilité et leurs réponses sur mes différentes interrogations.

Je remercie tous les intervenants du master pour la richesse apportée au cours de ces deux années.

Je remercie les Docteurs Nalin, Rosollaci, Ouzzerout, Kadima et leurs équipes respectives de m'avoir accueilli en stages, pour la qualité de leur expertise et la transmission de leur savoir. Je remercie également Maxime, mon compagnon de « route » qui est devenu un ami, par la qualité de nos échanges et de nos discussions.

Je remercie tous mes camarades de promotion pour l'entraide, la diversité, la richesse de nos échanges. Je suis persuadé que ces échanges perdureront.

Je remercie le Docteur Castel, président du club de tennis santé et Madame Laetem, présidente de la Maison Sport Santé Sambre Avesnois de m'avoir donné leur accord pour effectuer mes entretiens. Je remercie ma femme Isabelle pour sa patience, dans cette décision et son soutien dans cette évolution, et mes deux filles Clarysse et surtout toi Lucine pour qui mon absence a été difficile, on rattrapera ce temps perdu. Je remercie ma sœur Gwenaëlle pour son analyse des données.

La pratique avancée n'en est qu'à ses prémices, surtout dans mon secteur géographique, je suis persuadé qu'elle permettra une prise en soins efficiente de la population.

***“J’ai toujours pensé que l’exercice physique est la clef non seulement de la santé du corps mais aussi de la paix de l’esprit.”***

NELSON MANDELA

## SOMMAIRE

<b>Introduction générale .....</b>	<b>1</b>
<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
<b>II. METHODE.....</b>	<b>21</b>
<b>III. RESULTATS ET ANALYSE.....</b>	<b>23</b>
<b>IV. DISCUSSION.....</b>	<b>35</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>44</b>
Bibliographie	
Table des matières	
Sommaire des figures, du tableau et des annexes	
Annexes	
Résumé, mots-clés, abstract	

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

O.M.S : Organisation mondiale de la santé

P.A : Personne âgée

A.P : Activité physique

A.P.A : Activité physique adaptée

H.P.S.T : Hôpital patient santé territoire

O.N.D.A.M : Objectif national de dépenses de l'assurance maladie

P.L.F.S.S : Plan de financement de la sécurité sociale

D.R.J.S.C.S : Direction régionale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale

S.S.S.O : Sport santé sur ordonnance

M.T : Médecin traitant

A.L.D : Affection longue durée

A.N.S.E.S : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

I.R.B.M.S : Institut de recherche du bien-être de la médecine et du sport

M.S.S : Maison sport santé

I.P.A : Infirmier en pratique avancée

P.P.S : Plan personnalisé de santé

D.P.O : Délégué à la protection des données

## **Introduction générale**

En Europe, 86 % des décès sont liés à une pathologie chronique, un français sur trois en est atteint soit vingt millions de français (Grimaldi et al., 2017). L'inflammation de bas grade est la caractéristique commune de ces pathologies chroniques. Ces dernières se caractérisent par leur persistance sur le long terme nécessitant une gestion continue et une approche multidisciplinaire. De ce fait, les pathologies chroniques pèsent de plus en plus lourdement sur le système de santé que ce soit au niveau financier (61% de la dépense du régime général) ou de moyens humains pour leur prise en soins (Carré et al., 2021). Ce constat relève l'importance de s'intéresser à ce sujet afin de trouver des pistes d'amélioration de la qualité de vie des patients mais également des freins à l'évolution des morbidités.

Malgré la promotion des bénéfices de l'activité physique (A.P) dans les communications de santé publique ou par le biais de grands événements sportifs, les études montrent que l'inactivité physique et la sédentarité favorisent l'apparition d'une maladie chronique et son aggravation (Inserm, 2019). En effet, j'ai pu constater dans mon expérience professionnelle que les patients atteints de maladies chroniques ne pratiquaient pas (ou très peu) d'A.P. Il n'est pas nécessaire que celle-ci soit intense pour pouvoir s'en approprier tous les bénéfices. Dès lors, une question de recherche se pose : « Quels sont les facteurs influençant la pratique de l'activité physique chez les personnes atteintes de maladies chroniques ? ».

Dans la première partie de ce mémoire, la place de la maladie chronique est définie ainsi que l'activité physique, les compétences psychosociales nécessaires à sa pratique et le dispositif sport santé. Après ce cadre théorique, des hypothèses de recherche sont formulées et la méthodologie pour les tester auprès de patients pratiquant le sport santé à l'aide d'entretiens semi-dirigés est présentée.

Dans la deuxième partie, les concepts émergents de ces entretiens sont énoncés et analysés.

Enfin, les résultats sont discutés et de nouvelles perspectives ainsi que les forces et faiblesses de ce travail sont exprimées.

## **I. INTRODUCTION**

Lors de mon premier stage de première année d'Infirmier en Pratique Avancée (I.P.A) en gériatrie, j'étais en position d'observateur de mon tuteur de stage. Un jour, il ausculta une patiente âgée de 80 ans, avec des pathologies chroniques, alitée depuis plusieurs jours dans le service. Elle était hyperalgique : la douleur semblait venir de l'abdomen, mais l'examen clinique ne suffisait pas à en déterminer l'étiologie. A ce moment-là, le médecin m'annonça que si nous ne la mettions pas rapidement dans un fauteuil, elle allait « mourir ». Il instaura donc un traitement morphinique par voie intraveineuse. Je pensais qu'il serait impossible pour cette dame de marcher à nouveau un jour. Les jours suivants, je voyais cette dame dans son fauteuil, elle y tenait à peine quelques heures.

Lorsque je revins dans le service (après seulement deux semaines d'absence), je fus surpris de la voir déambuler sans aide technique dans les couloirs. Cette rééducation fut progressive et a été possible grâce à l'aide du kinésithérapeute et de l'activité physique adaptée (A.P.A).

Cette femme n'est pas la seule dans ce cas, vingt millions de Français sont concernés par une pathologie chronique (Grimaldi et al., 2017). Pour cet auteur, il est primordial de redéfinir les rôles de chacun (médecin, équipe pluriprofessionnelle, patient), car cela représente un enjeu majeur du monde d'aujourd'hui et encore plus de demain. En effet, la gestion de la maladie chronique nécessite une coopération entre les professionnels de santé et d'autres acteurs (sociaux, économistes), mais également avec les patients eux-mêmes. Le concept « d'empowerment » ou d'autonomisation (Maury et Hedjerassi, 2020), se réfère au processus par lequel les individus acquièrent le pouvoir, le contrôle et la capacité d'agir sur leur propre vie dans un but d'améliorer leur qualité de vie. L'A.P peut jouer un rôle central dans l'appropriation de la maladie par les patients, et dans la mise en place de changements de comportements. En effet, selon la Haute Autorité de Santé (H.A.S, 2018), le niveau d'activité physique pratiquée de manière régulière améliore l'état de santé, la condition physique, l'autonomie et la qualité de vie. De plus, l'activité physique peut se faire aussi bien en prévention primaire, secondaire ou tertiaire.

Je suis une personne qui pratique de l'A.P. depuis ma petite enfance sous toutes ses formes. Lors de ma première année de master, j'ai dû faire des choix dans mon organisation (trajet faculté 4h par jour, travail personnel, vie familiale, stages, travail) et j'ai occulté volontairement l'A.P. Quand je suis arrivé aux deux tiers de ma première année, j'ai senti et compris qu'il me manquait quelque chose dans mon épanouissement : les bienfaits de l'activité physique.

J'exerce dans un service de rééducation dans un hôpital de proximité, dans le sud du département des Hauts-de-France, à visée essentiellement neurologique, traumatologique et école du dos. J'ai souvent remarqué que des patients étaient réhospitalisés pour « revalidation à la marche » ou réentraînement à l'effort. Le problème résiderait peut-être dans le fait que les soins de kinésithérapie s'arrêtent au domicile. En effet, les soins kinésithérapeutiques sont rarement maintenus au retour au domicile et dès lors, les bénéfices du travail effectué dans notre centre semblent progressivement perdus. De nombreuses causes expliquant cette dégradation locomotrice au retour au domicile sont possibles : cela pourrait être dû à une évolution de leur pathologie, à un manque de professionnels autour de leur domicile, à un éloignement important de notre centre, à un problème de mobilité ou budgétaire, à un manque d'informations préventives pour maintenir sa santé ou à un manque de motivation, ou au fait d'être seul. Cependant, certains patients décident volontairement ou incités par une prescription de leur médecin traitant, de se tourner vers des lieux pratiquant l'A.P pour se prendre en soin.

## **1. La maladie chronique**

### **1.1 Définition**

La maladie chronique est une maladie que l'on peut soigner mais qu'on ne peut pas guérir. Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne. Canguilhem (cité par Grimaldi et al., 2017) le rappelle : le mot « pathologique implique pathos, sentiment direct et concret de souffrance et d'impuissance, sentiment de vie contrariée, le pathologique c'est bien l'anormal » (p.22).

L'Organisation mondiale de la santé (O.M.S) a défini les maladies chroniques comme « tout problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou de plusieurs décennies » (citée par Vernay et al., 2023, p.190). Elles sont liées à la présence d'une cause organique, psychique ou cognitive. Elles sont caractérisées par l'absence de guérison et l'évolution à vie.

Face à cette absence de guérison, le soignant se retrouve à mettre de côté la prise en soins « curative » et à adopter une posture d'accompagnement, procurant des conseils afin de retarder au plus les complications de la pathologie chronique.

## **1.2 Statistiques et évolution**

### **1.2.1 Au niveau mondial**

Selon le rapport de 2014 de l'O.M.S, 38 des 56 millions de morts sont imputables aux maladies chroniques non transmissibles, dont 40% sont liés à des décès prématurés (avant 70 ans). Les quatre maladies non transmissibles les plus fréquentes (pathologie cardiovasculaire, cancer, maladie respiratoire chronique et diabète) représentent à elles seules 82% de ces décès prématurés (Inserm, 2019).

### **1.2.2 En France**

Au 21<sup>ème</sup> siècle, en France, grâce aux progrès technologiques et à l'augmentation de la natalité, l'espérance de vie à la naissance, en 2023, n'a cessé de croître pour atteindre en moyenne 85,7 ans pour une femme et 80 ans pour un homme (Insee, 2024). En 2050, les personnes de 60 ans et plus représenteront un tiers de la population, soit 22,3 millions de personnes, contre 1/5<sup>ème</sup> en 2005, soit 12,6 millions de personnes (Santé Publique France, 2021). Ces augmentations ont donc un « revers » : l'évolution des pathologies chroniques. En effet, près d'un français sur trois est atteint d'une pathologie chronique, soit environ vingt millions de personnes (Grimaldi et al., 2017). Elle accompagne le patient tout au long de sa vie. La personne atteinte d'une pathologie chronique va devoir vivre avec, adopter de nouveaux comportements, réaménager sa vie en prenant en compte sa pathologie, adapter son rapport aux autres et faire le « deuil » de sa vie d'antan sans pathologie.

### **1.2.3 Dans le système de santé en France**

La prise en soins de la pathologie chronique est un enjeu majeur de notre système de santé, avec les nouvelles recherches et le développement de nouvelles thérapeutiques qui ont un bénéfice non négligeable pour le patient mais qui ont un coût certain. Avec la prise en soins des patients en affections de longue durée (A.L.D), trente différentes au total (cf. annexe 1), l'Assurance Maladie a révélé, en 2018, que les maladies chroniques engendraient deux tiers des dépenses de santé, soit 104 milliards d'euros (cf. annexe 2), pour un tiers des assurés, équivalant à 24 millions de personnes. Le traitement d'une pathologie chronique comprend les traitements, mais également la prise en soins globale comme l'éducation thérapeutique ou l'apprentissage de nouveaux comportements. L'accompagnement y tient une place primordiale mais problématique : il reste non quantifiable comme le serait un geste technique ou une pathologie aiguë (comme une opération de l'appendicite par exemple).



Les recettes des hôpitaux sont basées sur la tarification à l'activité : la T2A. Or, Batifoulier et al. (2017) ont souligné dans leur article que la tarification à l'activité peut entraîner une complexité contre-productive pour la santé des populations. En effet, d'après eux : « tous les soins ne peuvent pas être des soins standardisés : les pathologies chroniques [...] la T2A occulte la majorité des soins et ne peut permettre de répondre aux besoins de santé des populations ». Le modèle de financement basé sur la mise en place de la tarification à l'activité occulte donc en partie le malade chronique. Il existe donc un retard dans la prise en considération de la maladie chronique. En effet, ni la loi H.P.S.T (Hôpital Patient Santé Territoire) de 2009, ni la loi de modernisation de la santé de 2016 n'ont pris pleine mesure de « l'épidémie des maladies chroniques » (Grimaldi et al, 2017, p.13). La santé publique est en France isolée des autres disciplines cliniques avec des diminutions de financement ces dernières années. L'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (O.N.D.A.M), à la baisse, dans le plan de financement de la sécurité sociale 2024 (P.L.F.S.S) ne permet pas un optimisme pour cette entité considérée comme une part entière de la médecine. Une médecine basée sur l'empowerment est en train de naître où chaque individu doit disposer des connaissances pour se prendre en soins de manière autonome et de façon efficiente pour maintenir ou améliorer sa qualité de vie.

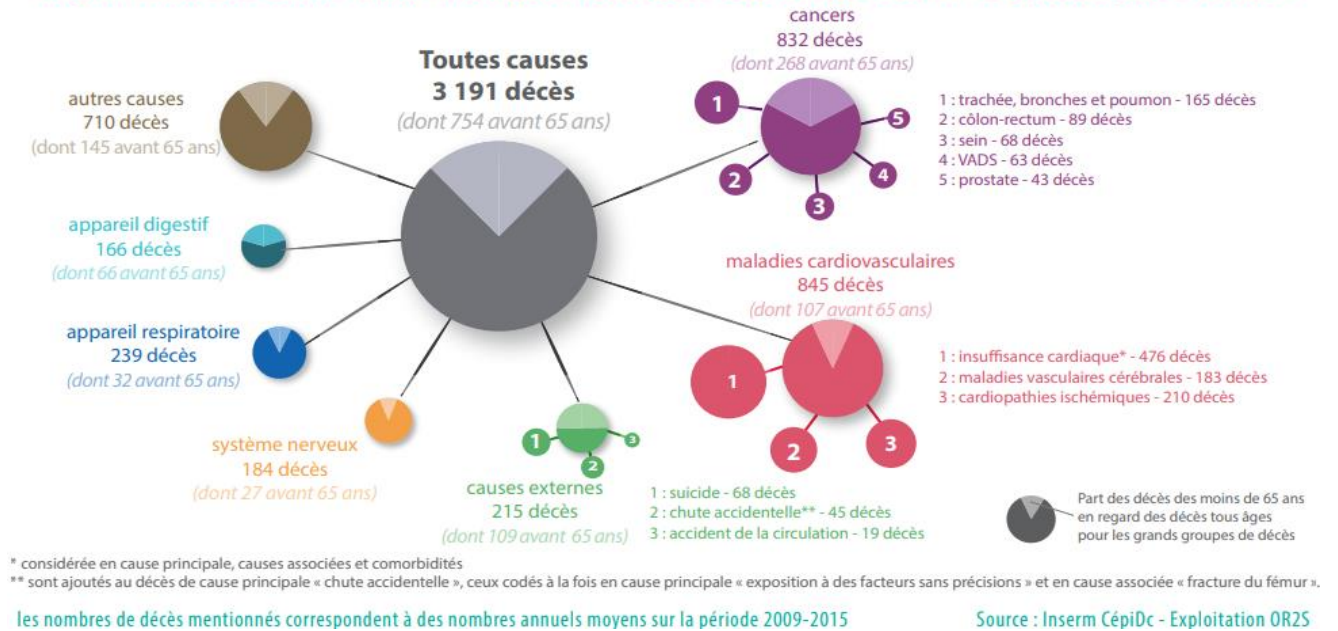
#### **1.2.4 État des lieux du territoire Sambre Avesnois (Inserm-Exploitation OR2S)**

Une grande partie de la population en Sambre Avesnois Thiérache fait face à des difficultés socio-économiques importantes. L'espérance de vie à la naissance, en 2023, est de 75 ans pour un homme et de 82,4 ans pour une femme, bien inférieure aux valeurs nationales (respectivement 80 et 85,7 ans). Dans ce territoire, le nombre de médecins libéraux est de 218, soit une densité de 71,6 praticiens pour 100 000 habitants, moindre de près de 20 points à la densité nationale (90,2) et bien inférieure à la densité régionale (88,5 praticiens). Entre 2012 et 2018, le territoire a perdu plus d'une trentaine de médecins. De plus, le secteur Sambre-Avesnois fait face à une désertification médicale, ce qui impacte négativement l'accès aux soins pour ses habitants.

Les maladies cardiovasculaires et les cancers constituent les deux principales causes de décès depuis maintenant plus de trente ans et représentent à elles seules la moitié des décès dans la Sambre-Avesnois-Thiérache, comme l'indique la figure suivante :

**Figure 1: Étiologie des décès en Sambre Avesnois Thiérache**

**Répartition des décès dans la Sambre-Avesnois-Thiérache suivant les principales causes**

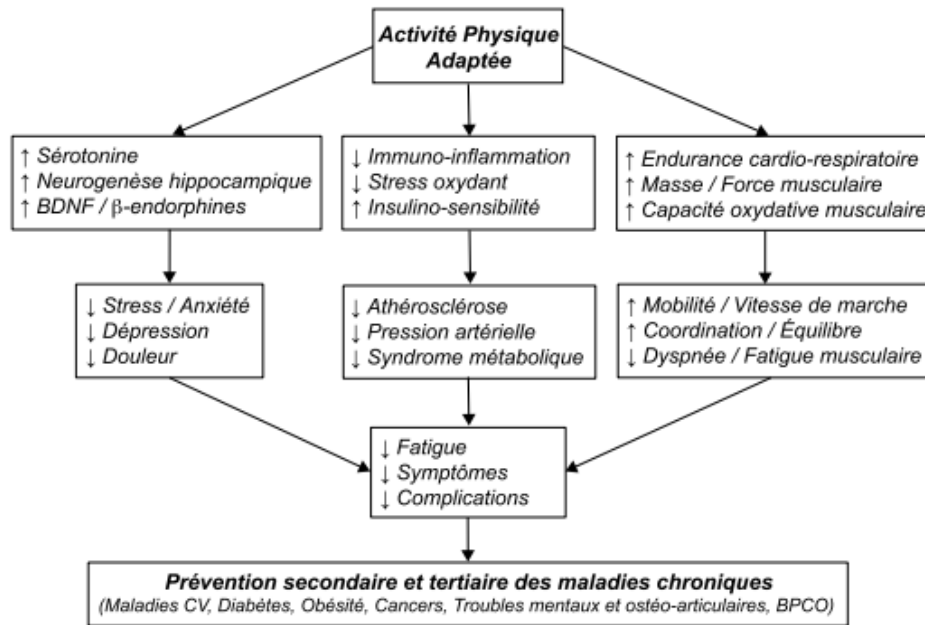


**2. L'activité physique**

Il paraît important de différencier le sport, l'activité physique (A.P) et l'activité physique adaptée (A.P.A). Le sport est une activité physique codifiée et organisée avec ou sans compétition, il permet d'améliorer sa condition physique. Selon l'O.M.S, l'A.P se définit comme « tout mouvement produit par les muscles squelettiques responsable d'une augmentation de la dépense énergétique » (Delattre, 2018). L'A.P.A est définie, dans l'expertise Inserm 2019, comme une activité physique et sportive adaptée aux capacités de personnes à besoins spécifiques (porteuses de maladies chroniques, vieillissantes, en situation de handicap ou vulnérables). Le niveau de capacité physique est le meilleur reflet de notre capital santé, et représente un déterminant majeur, souvent méconnu, du développement des pathologies chroniques (Paumard, 2014, p.201). En effet, l'A.P.A a de nombreux effets bénéfiques sur les maladies chroniques, comme l'illustre la figure ci-dessous :

**Figure 2 : Schéma intégratif des effets bénéfiques de l'activité physique dans les maladies chroniques (I.N.S.E.R.M, 2019)**

**Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques**



**Schéma intégratif des effets bénéfiques de l'activité physique dans les maladies chroniques**

BDNF : Brain-Derived Neurotrophic Factor ; BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive ; CV : Cardiovasculaire.

**2.1 Physiopathologie**

La sédentarité ou l'inactivité physique dans les pathologies chroniques (ou sans) entraînent un déconditionnement musculaire qui détériore la qualité de vie des patients, et qui peut être directement associé à une augmentation de la mortalité. Chez l'humain, le maintien d'une fonction musculaire normale (homéostasie musculaire) est indispensable à la vie de relation (interaction) et à l'autonomie fonctionnelle. Les pathologies chroniques vont être à l'origine d'un déconditionnement musculaire plus ou moins marqué. Celui-ci va contribuer à une réduction progressive des capacités fonctionnelles de l'organisme, une sédentarisation croissante, et une perte d'autonomie imposant une prise en charge institutionnelle des personnes affectées. On peut identifier deux formes principales de déconditionnement musculaire, la sarcopénie et la cachexie. La sarcopénie est identifiée comme un syndrome gériatrique, alors que la cachexie est d'abord un syndrome métabolique (I.N.S.E.R.M, 2019).

La pratique d'une A.P (cf. annexe 3) agit sur différentes fonctions de l'organisme. L'activité musculaire induit une réponse anti-inflammatoire par la production de myokines, cellules

constitutives du muscle (Pub Med, 2024) et la diminution du TNF-alpha, cellule jouant un rôle dans l'inflammation (Pub Med, 2024), ce qui explique les bénéfices de l'activité physique dans toutes les maladies à composante inflammatoire (Grimaldi et al., 2017). L'inflammation systémique de bas grade est la clé de la pathogénie de ces maladies chroniques. Un exercice physique régulier offre une protection contre toutes les causes de mortalité et en premier lieu l'athérosclérose. Une myokine « IL-6 », produite et libérée par la contraction des fibres musculaires squelettiques, exerce des effets à distance dans tout l'organisme.

➤ **Cardio vasculaire** :

Des études récentes suggèrent que l'activité n'a pas besoin d'être intense pour avoir des effets cardiovasculaires bénéfiques et que la quantité d'énergie dépensée et la régularité sont probablement plus importantes que l'intensité (Oppert et al., 2005). Voici une liste d'effets cardiovasculaires bénéfiques grâce à l'A.P :

- Une baisse de la tension artérielle pouvant aller de 6 à 7 mmhg, la réduction serait liée à une action sur le système rénine-angiotensine ;
- Une activité d'endurance augmente de 20 à 30 % le taux de HDL, par réduction de l'activité lipase pancréatique qui a pour effet de cataboliser les HDL et une baisse des triglycérides ;
- Une baisse du tonus sympathique aboutissant à la diminution du rythme cardiaque au repos et la réduction du risque de troubles du rythme ;
- Un effet vasodilatateur ;
- Une augmentation de la masse myocardique (ventricule gauche principalement) et du volume d'éjection systolique.

➤ **Neurologique** :

L'A.P permet l'augmentation du débit sanguin cérébral et de la concentration en sérotonine qui ont pour conséquence d'accroître l'éveil comportemental, le tonus antidépresseur (plasticité synaptique et neurogénèse) et donc par cet effet de renforcer l'estime de soi.

➤ **Métabolique** :

De plus, l'A.P a une action sur l'adiposité abdominale, sur les taux circulants d'insuline et les facteurs de croissance (IGF-1). On retrouve également un effet sur l'immunité : une augmentation du nombre et de l'activité des macrophages et lymphocytes.

## **2.2 Bienfaits**

Les bénéfices de l'A.P, qu'elle soit adaptée ou non, l'emportent sans contradiction sur les risques à sa pratique et ce à n'importe quel âge de la vie ou l'état de santé d'une personne.

Warburton et al. (2006) ont démontré que l'activité physique régulière offre de nombreux bienfaits pour la santé. Ils confirment qu'il existe « des preuves irréfutables de l'efficacité de l'activité physique régulière dans la prévention primaire et secondaire de plusieurs maladies chroniques (ex. : maladies cardiovasculaires, diabète, cancer, hypertension, obésité, dépression et ostéoporose) et des décès prématurés » (p.801).

La synthèse collective de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (A.N.S.E.S) de février 2016 le confirme. Les auteurs insistent sur les avantages bénéfiques de l'A.P que ce soit en prévention primaire ou sur la réduction de la mortalité et de l'incidence des maladies chroniques en prenant en compte la régularité de l'A.P. Les effets avérés sur la réduction des complications, notamment des comorbidités et des multimorbidités, sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et sur leur autonomie (retarder l'entrée dans la dépendance), ont conduit à l'inscription de la « prescription » d'activité physique dans le Code de la santé publique (Paumard, 2014).

Au vu de ses indéniables effets positifs que ce soit en termes d'amélioration de qualité de vie, de lien social, d'espérance de vie chez les patients atteints de pathologies chroniques, le parcours de soins de ceux-ci doit intégrer un programme d'A.P.A que ce soit en cours d'hospitalisation, en fin de séjour, à domicile ou par le biais d'un programme d'éducation thérapeutique.

Une méta-analyse révèle que l'A.P est aussi efficace que les médicaments en prévention secondaire des maladies coronariennes, en prévention du diabète, en traitement de l'insuffisance cardiaque, et plus efficace que les traitements médicamenteux en phase de rééducation des Accidents Vasculaires Cérébraux ((Naci & Ioannidis, 2013, cités par Paumard, 2014).

## **2.3 Action sur les pathologies**

L'A.P a pour effet de réduire les symptômes de pathologies, de potentialiser les effets de traitement conventionnel, de prévenir les comorbidités telles que le diabète, la dépression, l'ostéoporose, la sarcopénie. L'A.P a un effet bénéfique dans le syndrome d'apnées du sommeil

et l'hypoventilation alvéolaire. Elle agit également sur le stress oxydatif, sur l'inflammation (par le biais des myokines), et a une réaction angiogénique et neurotrophique, liée à la démence.

➤ **Diabète** :

L'A.P, à condition qu'elle soit régulière et soutenue, diminue le risque de diabète. En effet, elle réduit l'insulinorésistance (effet direct) et augmente la masse musculaire ce qui permet un catabolisme glucidique accru (effet indirect). La masse grasse est donc diminuée et permet de réduire l'insulinorésistance (l'obésité est un des facteurs de risque du diabète).

➤ **Ostéoporose** :

Elle accroît la densité minérale osseuse (quantité de calcium dans l'os) surtout si elle est pratiquée en charge (avec des poids), car elle augmente les contraintes mécaniques. Il faut souligner la nécessité concomitante d'un apport protéinocalcique suffisant, sans oublier la vitamine D dans les effets contre l'ostéoporose. Son action est médiée par la stimulation de la sécrétion d'ostéocalcine qui agit de plus sur d'autres systèmes comme la cognition; à cela s'ajoute une augmentation de l'IGF-1-BP et de l'IGF-1, hormones jouant un rôle dans la croissance et la régulation de divers processus biologiques, ce qui ralentit la perte osseuse.

➤ **Muscle cardiaque** :

D'après Oppert et al. (2005), l'A.P ralentit la progression et la sévérité des lésions athéromateuses au niveau des carotides. Elle permet également la diminution de la mortalité de 25 % chez le patient coronarien ou dans l'infarctus du myocarde.

➤ **Cancer** :

En prévention primaire, l'A.P a un effet protecteur dans le cancer du côlon : diminution du temps d'exposition de la muqueuse digestive aux carcinogènes d'origine alimentaire et dans le cancer du sein : premières règles plus tardives, cycles anovulatoires plus fréquents. Evidemment, l'A.P doit être associée à une alimentation saine et équilibrée.

### **3. Compétences psychosociales**

#### **3.1 Comportements**

Selon l'O.M.S, les comportements de santé sont influencés par une multitude de facteurs, appelés déterminants de la santé (2017). Plusieurs déterminants sont à prendre en considération: des facteurs individuels, collectifs et environnementaux. Ces facteurs incluent, entre autres, le

stress, le revenu, l'éducation, les relations sociales, l'environnement, le travail et le bagage génétique. Les modes de vie de la population et les facteurs environnementaux exercent également une influence sur la santé. Une pathologie peut survenir quand la personne avec son bagage génétique est en contact avec un certain environnement et inversement si elle n'y est pas confrontée : c'est l'épigénétisme (INSERM, 2017). Les professionnels de santé peuvent aider les patients à adopter des comportements de santé sains en leur fournissant des informations et des conseils adaptés à leurs besoins individuels. Pour maintenir des comportements de santé à long terme, il est important de disposer de ressources psychologiques et physiques suffisantes. Les déterminants de la santé sont complexes et interconnectés, ce qui rend difficile l'identification des facteurs les plus influents.

Cependant, dans sa conclusion, l'I.N.S.E.R.M (2016) signale qu'il faut appréhender l'ensemble des différents facteurs liés à l'A.P sur le modèle économique, car il prend en considération les relations inter-individuelles ainsi que l'environnement social et physique. Ce modèle économique doit prendre en compte les quatre domaines suivants : activités professionnelles, loisirs, transports et activités quotidiennes domestiques. Toujours d'après l'I.N.S.E.R.M, ce serait une erreur de prendre en considération uniquement l'A.P dans sa globalité.

Pour Isabelle Grémy (2021), il est important d'évaluer, au niveau individuel, l'environnement social et familial, les perceptions à l'égard de l'activité physique, les motivations, les barrières physiques et mentales afin d'élaborer des programmes d'activités physiques adaptées, efficaces mais aussi acceptables pour le patient. Une recherche interventionnelle sur les freins, les barrières de l'A.P mais également sur le facteur motivationnel est primordiale pour faciliter l'adhérence.

### **3.2 Lien social**

La sédentarité liée aux pathologies chroniques diminue l'autonomie des personnes, ce qui provoque une rupture d'un lien social (Ardouin et al, 2018). La pratique d'une activité physique permet à la personne de garder un contact avec le monde extérieur, comme le démontre l'étude de cohorte effectuée dans le cadre du programme « A Reims Sportez votre santé ».

Les travaux de Norbert Elias, Pierre Bourdieu et Michel Foucault (cités par Perrin et al., 2023) ont permis de mettre en évidence que les pratiques physiques ou sportives ne sont pas seulement un objet, mais une façon de dire et plus encore de penser le monde dans un système de relations qui engagent les normes corporelles. L'activité physique prescrite à des personnes atteintes de maladie chronique, jusque-là non actives, peut constituer une « ressource » pour accéder à une

activité non prévue socialement, elle peut permettre une « bifurcation » dans les parcours individuels (Lutrat & Gasparini, 2021).

Il existe quatre types de liens sociaux (Paugam, 2005) :

- Le lien de filiation concernant le registre familial qui contribue à l'équilibre affectif pour une reconnaissance et une protection ;
- Le lien de participation élective qui relève de la socialisation extra-familiale (contact avec d'autres individus) ;
- Le lien de participation organique qui concerne l'apprentissage et l'exercice d'une fonction déterminée dans l'organisation du travail ;
- Le lien de citoyenneté repose sur le principe d'appartenance à une nation.

Ces liens sociaux, même s'ils sont différents, apportent aux individus à la fois protection et reconnaissance nécessaires à leur existence sociale.

### **3.3 Estime de soi**

Dans la maladie chronique, la personne doit faire face à de nombreux changements (habitudes de vie ou familiales, emploi) et peut rencontrer une remise en question de l'estime de soi. Selon Bandura et ses collègues (2007, cités par Guerrin, 2012), l'estime de soi est souvent confondue à tort avec l'efficacité personnelle. L'estime de soi se réfère à l'évaluation de sa valeur personnelle (Walther, 2016). La pratique d'une A.P peut aider à renforcer la confiance en soi pour améliorer l'estime de soi en offrant un sentiment d'accomplissement. En effet, la pratique régulière d'une A.P peut améliorer l'apparence physique, la posture, la connaissance et la conscience de soi. Cette estime de soi qui est en perpétuelle transformation, entre expérience personnelle et regard de l'autre, aide à prendre conscience de ses propres forces et à surmonter les obstacles.

### **3.4 Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique**

D'après Martin et Nagels (2022), la difficulté à la pratique d'une A.P est le maintien sur le long terme, or les bénéfices de l'A.P ne sont acquis que si elle perdure dans le temps. L'éducation thérapeutique, évoquée dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire (H.P.S.T) de 2009 est inscrite dans le parcours du patient et peut lui permettre de se maintenir dans la durée. Cependant, le patient doit faire preuve d'auto-efficacité pour perdurer dans l'A.P. En effet, l'auto-efficacité, selon Bandura (cité par Guerrin, 2012), influence directement sur la motivation de l'individu : elle permet à l'individu de croire en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne requise pour



produire des résultats escomptés. La personne doit donc dans un premier temps croire qu'elle est capable de réaliser une A.P, ou ne serait-ce qu'essayer que ce soit dans le cadre personnel, sur orientation d'un professionnel de santé ou par le biais d'une prescription. Le concept d'Auto-Efficacité est repris dans le modèle de Prochaska, présenté par la figure suivante :

**Figure 3 : Modèle de Prochaska** (Guerrin, 2012)



L'auto-efficacité prédit le comportement et le renforce. Ce sentiment est efficace pour garantir un processus de changement en étant accompagné des connaissances liées à ce comportement favorable à la santé. Comme l'indiquent Martin et Nagels, « ce qu'il faut aux individus, ce sont des connaissances sur la manière de réguler leur comportement, ainsi qu'une solide croyance en leur efficacité personnelle à traduire leurs préoccupations en actions préventives efficaces » (2022, p.25). Pour informer les individus quant à ces connaissances, les soignants peuvent accompagner les patients quant à leurs croyances vis-à-vis d'une A.P. D'après les apports scientifiques de Pratt, de Bandura et de Gottlieb, l'approche des soins se base sur un système notionnel qui s'appuie sur la réflexion, en mettant en avant les forces plutôt que les faiblesses à la pratique de l'A.P pour chaque individu (cités par Guerrin, 2012).

L'entretien motivationnel est un moyen pour aider la personne à faire face à un changement de comportement de santé, en manifestant de l'empathie, en renforçant le sentiment de liberté et d'efficacité personnelle. Pour ce type d'entretien, l'Institut de Recherche du Bien-être de la Médecine et du Sport (I.R.B.M.S, 2022) recommande d'utiliser :

- Le questionnaire pour repérer la motivation. Il est intéressant de poser des questions ouvertes qui amorcent la réflexion du patient sur ses motivations ;
- L'écoute active avec des questions ouvertes. Lorsque le patient semble être motivé et prêt pour changer son comportement, il faut avancer par petits pas sans juger et offrir une écoute active ;
- Le dialogue de formalisation des objectifs. Lors de l'entretien, il s'agit d'une véritable négociation positive afin de définir un objectif principal et un objectif complémentaire facile à atteindre ;
- L'identification des freins résiduels et la mise en œuvre. Il ne faut pas reporter la mise en œuvre de l'A.P. Dès la sortie du bureau, le patient doit posséder adresses, recommandations et fiches minimales thématiques ;
- Le suivi. L'évaluation des résultats et des objectifs est primordiale pour valoriser toute initiative, minimiser les échecs afin de relancer la motivation.

#### **4. Dispositif sport santé**

##### **4.1 Historique**

C'est dans les années 1960 que la pratique d'une A.P s'est développée comme facteur de préservation et d'amélioration de la santé. Les politiques publiques les intègrent dans les moyens de prévention des maladies dites de « civilisation », elles en appellent à la responsabilité individuelle.

En France, l'A.P couplée à une alimentation saine est la base des actions de prévention depuis 2001, année de lancement du Programme National Nutrition Santé (P.N.N.S) (Favier & Delalande, 2018). L'image de l'A.P, exercée de façon modérée, devient un facteur de protection durable et favorable dans les représentations collectives.

Divers plans, plus spécifiques, ont permis d'enrichir cette image comme la prévention des chutes chez la personne âgée (P.A) en 2005, le plan obésité en 2011 ou le plan cancer en 2014.

La loi du 4 mars 2002 a vu l'émergence de réseaux de santé (voulus par la réforme Juppé en 1996 par la transformation de l'organisation du secteur sanitaire en réseau de santé) avec l'apparition de structures au niveau local pour coordonner l'offre d'A.P pour différents publics (pathologie chronique, sédentaire, P.A).

En 2012, un plan plus grand voit le jour, le Plan Régional Sport Santé Bien-Être pour structurer au niveau régional l'offre à tous les niveaux (ville, département, région) et entre tous les acteurs que sont les Agences régionales de santé (A.R.S) et les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (D.R.J.S.C.S). L'objectif central est d'accompagner la personne par un parcours adapté pour permettre son autonomie à long terme vis-à-vis d'une A.P.

Par exemple, le plan « Sport Santé bien être » en Rhône Alpes s'appuie sur quatre des cinq axes de la charte d'Ottawa :

- Elaboration de politiques pour la santé ;
- Création d'environnements favorables ;
- Renforcement de l'action communautaire ;
- Réorientation des services de santé.

La Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 s'articule autour de quatre axes (Ministère des solidarités et de la Santé, Ministère des sports, 2019) :

- La promotion de la santé et du bien-être par l'activité physique et sportive ;
- Le développement et le recours à l'activité physique adaptée à visée thérapeutique ;
- La protection de la santé des sportifs et le renforcement de la sécurité des pratiquants ;
- Le renforcement et la diffusion des connaissances.

Le Projet régional de santé 2018-2028 dans les Hauts de France veut développer le sport santé dans son orientation stratégique numéro 1 pour renforcer la prévention et réduire les inégalités sociales de santé (A.R.S Hauts de France, 2023).

Le sport santé sur ordonnance est donc mis en œuvre au niveau territorial par la ville qui souhaite le proposer à ses administrés, avec des critères définis, en allouant les moyens humains (pour l'A.P.A) et matériels (salles, équipements) nécessaires à sa mise en œuvre. Il reste une petite part financière à charge pour le bénéficiaire mais qui reste moindre comparée à l'adhésion à un club sportif par exemple.

#### **4.2 Expérience strasbourgeoise**

Dans de nombreuses régions de France, la lutte contre la sédentarité et l'inactivité physique devient donc un enjeu majeur de santé publique pour lutter contre les facteurs de risque et pour améliorer la prise en soins des pathologies chroniques.

Dans la ville de Strasbourg, le Sport santé sur ordonnance (S.S.S.O) est expérimenté, fin 2012. Ce dispositif s'appuie sur une prescription médicale pour encourager l'activité physique. L'échantillon principal est constitué de personnes en situation de précarité sociale et résidant dans les quartiers populaires (Gaspirini & Knobé, 2015).

Le patient muni d'une ordonnance sport santé établie par son médecin traitant (M.T) prend contact avec un éducateur sportif de la ville. Ce dernier l'oriente au mieux vers une A.P.A, réalise un entretien approfondi, un questionnaire d'autoévaluation de sa condition physique et d'un test de marche de six minutes.

L'analyse qualitative a permis de comprendre l'impact de l'action publique, d'identifier les différents acteurs et d'évaluer les divers facteurs (vécu, perception du dispositif et de l'activité) influant sur la pratique ou pas d'une A.P pour les personnes ayant eu une prescription médicale. Elle a également permis de faire ressortir les différents parcours de vie et les conditions sociales de la personne. Il en ressort que les déterminants sociaux-économiques et territoriaux de l'échantillon (lien précarité et vulnérabilité) y sont importants, groupe que les politiques publiques ont du mal à toucher par leur message de prévention.

La majorité de l'échantillon de cette étude Strasbourgeoise est constituée de patients ayant une maladie chronique et socialement éloignés de la culture sportive. L'âge médian est de 49 ans, majoritairement obèse et plus de la moitié résidant dans les quartiers populaires.

La moitié de l'échantillon a fait la démarche de demander une prescription médicale à leur M.T pour être inclus dans le dispositif. Les faibles ressources financières et culturelles ainsi que l'histoire familiale (faiblesse financière pour adhérer à un club de sport) expliquent certainement cela. La majorité de l'échantillon signale le caractère « gratuit » pour adhérer à ce dispositif. Les parcours de vie, jalonnés de problèmes (divorce, déménagement) relèguent au second plan la pratique d'une activité sportive.

Quelques mois après l'entrée dans le dispositif, la majorité ressent les effets bénéfiques sur leur santé, leur corps ou leur forme (perte de poids, amélioration du souffle, meilleur sommeil, moins de douleurs articulaires). Dans la deuxième phase, plusieurs personnes effectuent davantage d'A.P, encouragées par la gratuité du dispositif avec une adaptation de leur emploi du temps (et des habitudes de déplacement). Cependant, le fait d'être conseillé et guidé par des professionnels empêche la plupart d'adhérer à un club sportif (obstacle financier, qualité et écoute des professionnels, stigmatisation du patient obèse).

La difficulté de l'analyse de ce dispositif repose sur l'enquête qui est faite à court terme. Il est difficile pour la population cible de maintenir sur le long terme la pratique d'une A.P. Une enquête de plus grande ampleur et plus longue permettrait d'en mesurer les bénéfices.

### **4.3 Maisons Sport Santé**

Les Maisons Sport Santé (M.S.S) ont été créées en 2019, elles sont ouvertes à tout public. Elles peuvent aussi bien être une collectivité territoriale, un centre hospitalier, une association sportive, un établissement public, une structure itinérante santé. Elles proposent un bilan, une orientation et des parcours sportifs personnalisés aux personnes en A.L.D, atteintes de maladies chroniques ou éloignées de la pratique sportive. Elles réunissent des professionnels de la santé et du sport. Elles permettent aux bénéficiaires d'être informés des bienfaits de l'A.P et sportive et de faire connaître les structures (associations ouvertes à tous : tennis santé, rugby santé, etc...) de proximité pratiquant le sport adapté à leur besoins et conditions. La prescription est effectuée par le M.T puis un programme personnalisé est mis en place.

Début 2022, elles sont au nombre de 436 dont environ 5 par département, et 41 dans les Hauts de France (cf. Annexe 4 (ARS Hauts de France, 2023)). La ministre des Sports se réjouit de cette dynamique positive qui participe à reconnaître le sport comme « un véritable outil thérapeutique, une arme contre la perte d'autonomie et plus généralement un pilier de la santé publique. » (Ministère des sports et des jeux olympiques et paralympiques, 2022).

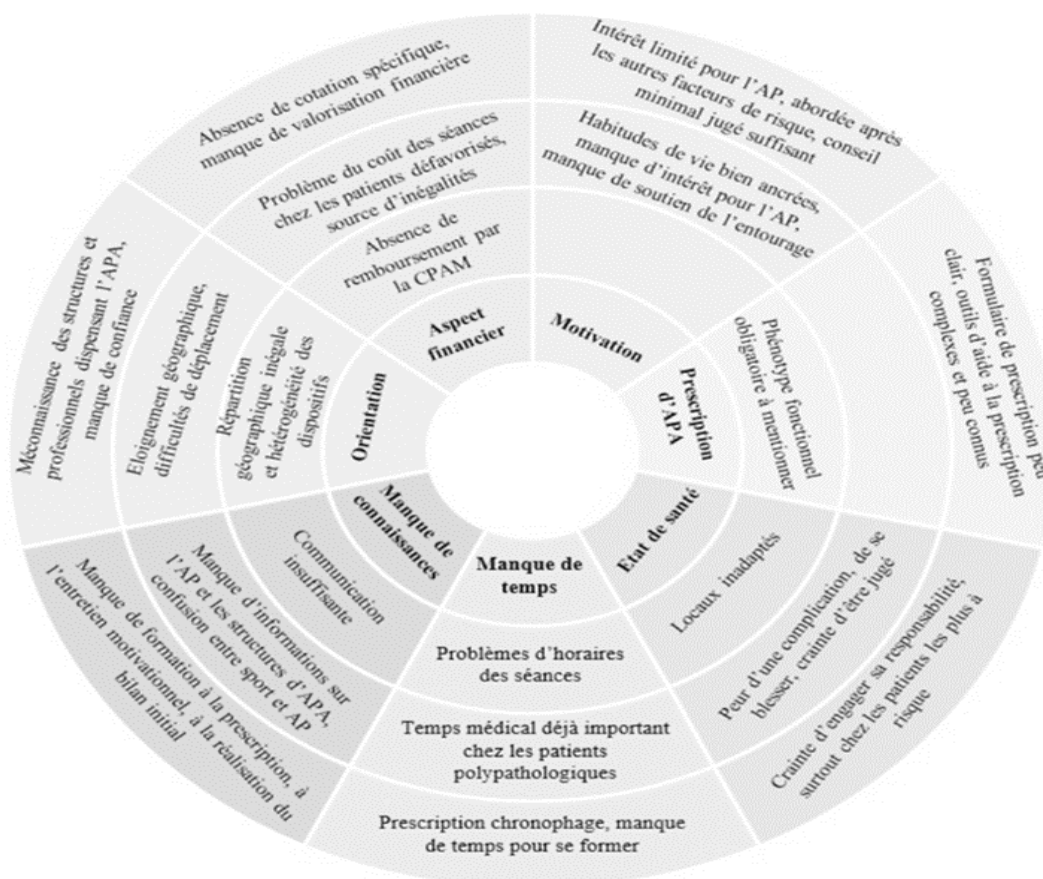
Le dispositif des M.S.S et son intégration comme acteur majeur sur les territoires est un levier fort pour la prévention et thérapeutique non médicamenteuse.

### **4.4 Prescription Médicale**

Les politiques publiques de santé sont en faveur d'un développement de l'A.P.A ou du sport santé dans la prise en soins des maladies chroniques. La prise en charge financière n'est pas remboursée par la sécurité sociale, des mutuelles permettent un remboursement partiel. Certaines collectivités ou mairies peuvent prendre à leur charge une partie financière de ces séances mais sur un temps déterminé. Dans le budget prévisionnel de la sécurité sociale, un amendement dans le P.L.F.S.S 2024 (article 20) permettait une prise en charge financière de l'A.P.A dans un cadre spécifique mais il a été retiré, pour des raisons budgétaires (le monde, 2023). Selon Sandrine Cabut (2023), les malades ont exprimé leur mécontentement quant au recul du gouvernement sur la prise en charge de l'activité physique adaptée.

L'article 144 de la Loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 donne la possibilité au M.T de prescrire de l'A.P.A à ses patients en A.L.D (cf. annexe 5 : Décret 2023-235 du 30 mars 2023). Une aide à la prescription est disponible sur le site de la H.A.S (Haute Autorité de Santé, 2018) ou sur le site de l'Observatoire Médical du Sport Santé (OM2S Hauts-de-France, 2023) avec des objectifs S.M.A.R.T (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réalisable, Temporellement défini). La loi n° 2022-296 du Code de la Santé Public du 2 mars 2022 a été adoptée pour démocratiser le sport en France. Cette loi a ouvert la prescription de sport santé ou d'A.P.A à l'ensemble des médecins intervenant dans le parcours du patient et élargit le champ d'application aux personnes atteintes d'une maladie chronique, présentant des facteurs de risque ou en perte d'autonomie (Légifrance, 2023). Il est recommandé d'évaluer leur risque cardiovasculaire, de les interroger sur leurs objectifs, d'effectuer un examen clinique approfondi, voire des examens complémentaires si nécessaire (Croquin et al., 2023, p. 339). Cependant, il existe à ce jour peu de médecins prescripteurs d'A.P.A ou de sport santé en France. Une étude rétrospective (Croquin et al., 2023) met en évidence les causes de ce manque d'engouement et les solutions plausibles pour améliorer et démocratiser la prescription de sport santé (cf. figure 4).

**Figure 4: Freins à la prescription d'A.P.A (Croquin et al., 2023)**



Les concepts qui en ressortent sont la motivation, l'orientation, le manque de connaissances, le manque de temps du médecin : des éléments sur lesquels l'infirmier en pratique avancée (I.P.A) est formé pour accompagner et travailler avec la personne atteinte de pathologies chroniques. La prescription médicale, pour être suivie d'effets, nécessite souvent l'intégration de la personne concernée dans un dispositif interprofessionnel coordonné pour mieux l'accompagner et la maintenir motivée de façon durable. Il s'agit, en effet, d'amener les personnes à changer certains comportements et adopter en faisant siennes des mesures d'hygiène de vie (Boudrahem, 2022). L' I.P.A peut, sous protocole d'organisation préétabli, prescrire le sport santé ou l'A.P.A. D'après l'arrêté du 18 juillet 2018 (Décret n°2018-629, 2018), l'I.P.A organise les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés (à l'hôpital et en ville). Il élabore, fait le suivi et réalise l'évaluation dans un plan personnalisé de santé (P.P.S). L'I.P.A, en pathologie chronique stabilisées, participe au bilan d'activité physique, à l'évaluation des besoins et peut conduire toute activité d'orientation qu'il juge nécessaire. De plus, il est formé à l'examen clinique. Du fait de ses compétences élargies, ses savoirs approfondis et ses missions, sa connaissance des ressources du territoire où il exerce, son leadership, l'I.P.A se doit d'être un promoteur de l'A.P.

#### **4.5 Relation soignant-soigné, l'impact de la prescription médicale**

Avec l'évolution de la société, la relation entre les patients et les médecins a évolué et les modèles de relations patient-médecin ont changé. Les patients ont commencé à s'impliquer davantage dans leur propre prise en soins médicale et à prendre des décisions plus éclairées concernant leur santé. La société est passée d'un modèle paternaliste à un modèle de responsabilité personnelle où le collectif (famille, amis, aidants) tient un rôle important. Cependant, la prescription du médecin reste un acte prépondérant dans la mémoire du patient, en témoigne cette patiente ayant participé à l'étude du S.S.S.O à Strasbourg en 2012 : « je me suis dit qu'une ordonnance pour faire du sport, c'est que le sport doit être vraiment important » (Lutrat & Gasparini, 2021, p.225).

Le « conseil » médical oral de pratiquer une A.P devient donc un écrit, ce qui rend légitime la pratique d'une A.P dans l'esprit du patient, le médecin étant celui qui le connaît au mieux. Cependant, certains médecins ignorent la possibilité de pouvoir prescrire du « sport », ce sont les patients eux-mêmes qui ont informé leur M.T de ce dispositif. La promotion du sport santé passe par un rôle essentiel des médias dont on connaît l'importance en matière de « promotion de la santé » (vaccination, comportement sain, etc...). Pour en avoir discuté avec les collègues de ma promotion, beaucoup ignoraient la possibilité, pour l'I.P.A, de prescrire le sport santé ou

de l'activité physique adaptée. Il est important de noter que ce sont les patients ayant « réclamé » une prescription médicale à leur médecin traitant qui sont restés le plus longtemps dans le dispositif (23 mois versus 18 mois) : être « entrepreneur » de sa santé apparaît comme un facteur déterminant de l'engagement durable dans le S.S.S.O (Lutrat & Gasparini, 2021, p.227).

## **5. Problématique et hypothèses**

L'A.P permet d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de pathologies chroniques, de créer et de maintenir du lien social. Les bénéfices de l'A.P ne sont plus à démontrer que ce soit en prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Les pouvoirs publics par le biais de différents plans tentent de l'intégrer dans le parcours du patient en décentralisant les actions au niveau local, que ce soit par le biais de financement des M.S.S ou la prise en charge financière de l'A.P.A sous certaines conditions. Cependant, l'augmentation des pathologies chroniques, le ratio médecins/patients en constante évolution à la baisse, la méconnaissance de la prescription de sport santé ou de l'offre d'activité physique adaptée, ne permettent pas à la population de pouvoir s'en approprier tous les bénéfices pour une meilleure qualité de vie. Les inégalités sociales et l'offre à l'accès aux soins semblent aussi être des déterminants importants. De ce constat, une question de recherche se pose.

### **5.1 Problématique**

**« Quels sont les facteurs influençant la pratique de l'activité physique chez les personnes atteintes de maladies chroniques ? »**

L'objectif principal est d'approfondir les facteurs qui influencent le comportement à la pratique d'une activité physique chez les patients porteurs de maladies chroniques. Les objectifs secondaires sont de voir si lorsqu'une prescription de sport santé est établie, le patient adhère plus facilement à l'A.P, ainsi que d'analyser l'offre d'activité physique (types, différentes activités, horaires, distance géographique). Le but est d'identifier les leviers sur lesquels l'I.P.A pourrait s'appuyer pour développer et encourager l'activité physique dans sa pratique quotidienne.

### **5.2 Hypothèses**

- La prescription de sport santé encourage l'adhérence à la pratique de l'activité physique.
- Les compétences psychosociales sont des facteurs qui influencent la pratique de l'activité physique.
- Les personnes qui pratiquent du sport santé perçoivent l'offre comme insuffisante.



## **II. METHODE**

### **1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude prospective qualitative. L'étude de la problématique s'est faite à l'aide d'un entretien exploratoire puis un entretien semi-directif à l'aide d'un guide d'entretien préétabli, envers des personnes ayant participé à des séances d'activité physique adaptée au sein d'une maison sport santé de Sambre Avesnois à Maubeuge et au sein d'un club de tennis pratiquant le sport santé à Avesnes sur Helpe.

Ce type d'étude a été choisi afin de comprendre les déterminants des patients pratiquant une activité physique et afin de faciliter la spontanéité dans les échanges.

### **2. Recrutement**

Les critères d'inclusion sont :

- Suivre un programme sport santé (depuis au moins un mois) ;
- Avoir une pathologie chronique ;
- Être d'accord pour répondre à l'entretien ;
- Bénéficier ou pas d'une prescription médicale ;
- Etre en cours de programme ou ayant terminé un programme.

Les critères d'exclusion sont :

- La présence d'une pathologie aiguë ;
- La présence de troubles cognitifs ou mentaux en raison des difficultés pour mener l'entretien et en analyser le contenu.

Avant le recrutement de chaque individu, un accord oral a été demandé au président du club de tennis santé et à la présidente de la M.S.S, qui assurent le suivi de leur association. J'ai contacté ces derniers en amont par téléphone et ai exposé le thème de ma recherche. Ils ont informé les personnes et demandé leur accord oral pour être interviewées. Il a été convenu avec la présidente de la M.S.S d'effectuer les entretiens à la fin d'une séance d'évaluation de fin de programme prévue le 11 janvier 2024. Le président du club de tennis a donné son accord pour effectuer les entretiens le samedi matin, jour de créneau du tennis santé. Un recueil de consentement écrit, après information des participants, a été déposé par mail le 4 décembre 2023 (cf. annexe 6) au délégué à la protection des données (D.P.O) de l'UFR3S de l'Université de Lille. Un accord a été reçu par mail le 9 décembre 2023 pour l'entretien des patients (cf. annexe 7).

### **3. Protocole**

Nous avons décidé avec ma directrice de mémoire d'effectuer sept entretiens. En effet, Guest, Bunce et Johnson (2006) ont démontré, en analysant par groupe de six entretiens (cités par Schwab, 2021), que le nombre de codes trouvés diminue significativement à partir du septième entretien. J'en ai réalisé huit au total ; la suffisance des données s'est vérifiée.

Huit entretiens semi-directifs ont donc été réalisés, permettant de dégager un grand nombre de thèmes et sous-thèmes. Un guide d'entretien (cf. annexe 8) a été réalisé préalablement pour s'assurer que les entretiens répondent à la problématique et hypothèses de recherche. Celui-ci a été validé par la directrice de ce mémoire, testé puis transmis au D.P.O. Voici les items posés dans l'ordre :

- Caractériser l'échantillon (âge, genre, activité professionnelle...);
- Ouvrir l'entretien et connaître le rapport à l'activité physique ;
- Savoir si le médecin traitant ou un autre professionnel avait expliqué les bénéfices de l'A.P ;
- Expliquer les mécanismes de l'A.P sur les pathologies chroniques ;
- Savoir si la personne avait bénéficié d'une prescription médicale ;
- Connaître les motivations, les bénéfices perçus par l'interviewé ;
- Identifier les freins perçus pour la pratique du sport santé ;
- Savoir si le candidat avait d'autres points à aborder.

Les entretiens ont été réalisés en face à face, dans une pièce fermée, à la séance d'évaluation de fin de programme, le 11 janvier, à la M.S.S de Maubeuge. Les entretiens au tennis santé ont été réalisés un samedi matin à la fin du cours sur un banc en face à face entre le 23 décembre 2023 et le 13 janvier 2024. Un document présentant l'étude de la recherche et l'autorisation du D.P.O ont été remis à chaque participant (cf. annexe 9). Les interviewés ont été enregistrés sur dictaphone. Tous les enregistrements ont été transcrits au format Word. Après transcription, les enregistrements ont été détruits. Toutes les données ont été anonymisées par une numérotation des documents. La retranscription des entretiens est disponible à l'adresse suivante : <https://nextcloud.univ-lille.fr/index.php/f/268361848> .

L'analyse des entretiens s'est faite dans un premier temps à l'aide de post-it, disposés sur une feuille A4, reprenant les thèmes et les expressions de chaque interviewé. Ces post-it ont ensuite été organisés par récurrence des thèmes et sous-thèmes sur une grande feuille (cf. annexe 10). Dans un second temps, les transcriptions ont été insérées dans le logiciel Nvivo, un logiciel

d'analyse textuelle, qui a permis de vérifier l'analyse des données concernant les thèmes et sous-thèmes préalablement recensés. Enfin, la triangulation des données a été réalisée et mise en commun pour confirmer l'analyse.

### **III. RESULTATS ET ANALYSE**

#### **1. Caractéristiques**

Voici dans le tableau 1 suivant les caractéristiques générales de la population étudiée :

***Tableau 1 : Caractéristiques générales des participants***

CODE	LIEU	AGE (ans)	GENRE	PROFESSION	PATHOLOGIE	ANCIENNETE DANS LE SPORT SANTE	DUREE ENTRETIEN (minutes)
E01	TS	70	M	Retraité	Non connu	5 mois	14
E02	TS	48	F	Secrétaire	Endométriose	5 mois	20
E03	MSS	46	F	En reconversion	Polyarthrite rhumatoïde	5 mois	14, 5
E04	MSS	63	M	Retraité	Cancer de vessie	10 mois	20
E05	MSS	40	F	En reconversion	Recto Colite Hémorragique	5 mois	19
E06	MSS	59	F	Sans emploi	Polyarthrite Rhumatoïde	5 mois	22
E07	MSS	70	M	Retraité	Dépression	5 mois	11,5
E08	TS	70	M	Retraité	Non connu	9 mois	14,5
Légende : E : Entretien n° ; TS = Tennis Santé ; MSS : Maison Sport Santé ; F : Féminin ; M : Masculin							

Cet échantillon comprend 4 femmes et 4 hommes. Cinq d'entre eux réalisent de l'A.P au sein d'une maison sport santé et les trois autres en font au sein du même club de tennis pratiquant le sport santé. Sept des huit personnes interrogées sont soit en inactivité ou en retraite. La moyenne d'âge se situe à 58 ans et 2 mois. La durée moyenne d'entretien est de 17 minutes. La durée minimale d'entrée dans le sport santé est de 5 mois et la maximale de 10 mois. Une seule personne a bénéficié d'une prescription de sport santé. Toutes les autres personnes ont été

adressées par des professionnels de second recours ou par le biais de connaissances proches. L'analyse s'est faite par théorisation ancrée, à l'aide du schéma sur l'étude des freins et leviers (figure 4) parue dans la revue Sciences et sports 38 (Croquin et al, 2023). L'analyse des entretiens ne s'est pas faite par ordre des questions posées car des thèmes revenaient avant ou après la pose de la question.

La première hypothèse qui était que la prescription de sport santé modifie l'adhérence au sport santé par des personnes atteintes de pathologies chroniques n'a pas pu être testée, on ne peut donc pas la valider. Cette réalité marque une différence avec l'échantillon de l'étude Strasbourgeoise dont la moitié avait fait la démarche de demander une prescription médicale à leur M.T pour être inclus dans le dispositif (Gaspirini & Knobé, 2015).

Quatre thèmes sont ressortis de l'analyse.

## **2. Déterminants en lien avec les hypothèses**

### **2.1 Lien social et groupe/universalité**

#### **2.1.1 Lien social**

La participation à une activité ou un programme de sport santé permet à la personne de renouer avec un lien social de faible intensité ou perdu totalement, d'après tous les participants : **E1,**

**L.107 : « Ça a permis de créer ou de retrouver des amitiés » ; L.152 : « Je connais des gens**

**que je ne connaissais pas auparavant ».** ;

**E3, L.116 : « Rencontrer d'autres personnes ».** ;

**E6, L. 65 : « Rencontrer des gens ».**

Quatre personnes soulignent que le sport santé permet de créer **E3, L.117 : « Des liens ».** ; **E1,**

**L. 101 : « Des liens ».** Ces extraits rejoignent les propos de Paugam (2005) : les participants disent retrouver un lien social de participation élective (socialisation extra-familiale) au cours de laquelle ils apprennent à se connaître dans le cadre de la pratique du sport santé.

Ils sont conscients de l'importance d'avoir des relations sociales, une personne mentionne le fait que **E5, L.171 : « Tu as besoin de voir du monde ».** L'A.P s'inscrit donc dans un système relationnel retrouvé, comme démontré par les travaux de Norbert Elias et ses collègues (cités par Perrin et al., 2023).

Les étiologies sont diverses, selon le parcours du lien social perdu (divorce, chômage, isolement), comme le parcours du participant suivant : **E3, L.109 : « En étant en arrêt de travail depuis 3 ans ».** Tous les participants sont unanimes, même l'interviewé 7, qui est porteur d'une dépression (entretien qui fut certainement le plus difficile à mener et à « relancer »), le souligne **E7, L.82 : « Le contact que j'ai avec les autres, que je n'avais plus du tout ».**

Le lien social qui semble affaibli dans la pathologie chronique (Ardouin et al, 2018), par sédentarité (isolement relationnel) ou par un nouveau statut dans la société (retraité, reconversion) est retrouvé grâce à la pratique d'une A.P : **E3, L. 106-107 : « Quand je suis chez moi, je suis éteinte un peu et quand je suis à l'extérieur avec des gens avec qui je m'entends bien, je suis bien ».** ; **E6, L.64-65 : « Au début à force de rester toujours toute seule, on n'a pas vraiment envie d'aller de faire tout ça quoi, rencontrer des gens ».** ; **E7, L.154 : « Au niveau relationnel, je n'avais plus du tout de... ».**

En plus du lien social, le soutien social est décuplé par plusieurs moyens que ce soit en termes de soutien moral, par exemple, lorsqu'un des participants ne se sent pas bien par appel téléphonique : **E6, L. 295-296 : « Dès qu'il y en a une qui est pas bien, on s'appelle ».** ou informationnel (se tenir informé des activités possibles).

Certains participants ont indiqué qu'ils étaient isolés par leur pathologie :

**E6, L.207-208 : « On arrête le travail, on reste dans la maison et en fait. Ben on se sent isolé, on n'a plus les amis qui nous poussent à sortir et en fait, on s'isole petit à petit ».**

De plus, le partenaire, les habitudes familiales ou le fonctionnement de couple semblent aussi jouer un rôle dans le maintien de cet isolement comme l'indique ces interviewés :

**E6, L.213-215 : « Les partenaires, des fois, ils sont là aussi pour dire non, reste avec moi, ne sors pas. Et puis ben petit à petit, Ben on commence aussi nous a plus vouloir sortir ».** ;

**E6, L.274 : « Je connaissais pas du tout et comme je ne sortais pas ».** ;

**E3, L. 110 : « Nous sommes 24 h sur 24 avec la même personne, c'est compliqué ».**

Ce constat coïncide avec le fait que les personnes isolées sont celles que les politiques publiques ont le plus de mal à toucher (Lutrat & Gasparini, 2021).

Dans quatre entretiens, le soutien social se traduit par l'aide apportée par les bénévoles ou professionnels qui interviennent dans le sport santé. E4, L.211 : « *Ils m'ont encouragé* » ;

E6, L.221 : « *Il faut avoir des gens qui nous aident* » L'interviewé 8 espère : « *Trouver des autres partenaires et puis prolonger d'autres sports adaptés* » L.201.

Ces citations témoignent à la fois d'une assurance de protection et de reconnaissance nécessaire à leur existence sociale (Paugam, 2005).

### **2.1.2 Groupe-universalité**

La force du « groupe » est citée à chaque fois dans les 8 entretiens (même le 7ème implicitement) pour surmonter les difficultés personnelles et physiques liées à la pratique d'une A.P :

E5, L.138-139 : « *Toute seule je pense que j'aurais réussi, mais je n'aurais pas évolué aussi vite* » ;

E6, L.168,169 : « *Pour faire du bien quoi, on s'en lasse tout seul* » ; L.174 : « *En groupe on est plus solidaire* ».

C'est le concept qui est ressorti le plus. L'ensemble des interviewés indique tous qu'ils ne ressentent pas de hiérarchie entre eux, ce qui peut être facilitant et fluidifie les échanges.

E1, L.153 à 156 : « *C'est un truc extraordinaire, ça, c'est dans le sport, on n'a pas le droit de se vouvoyer, qu'importe le métier, qu'importe le truc on se tutoie* » ;

E5, L. 147 : « *Ici, on est tous pareil* ». L.149 : « *Aucune barrière* » ;

E6, L.300 : « *Même si on n'a pas tous les mêmes problèmes, mais on se comprend* » ;

E8, L.106 : « *C'est pas du tout la même ambiance, pas du tout* » ; L.131 : « *Pas de hiérarchie* ».

Ni l'âge, ni la pathologie, ni le métier ni le statut sociétal n'interfèrent dans le bon déroulement à la pratique du sport santé, au contraire, cela permet une « universalité » et un tout qui semble indivisible, lien résumé par un des participants : E1, L.106 : « *S'il en manque un, ça va plus* ».

Ces propos rejoignent les résultats de Lutrat et Gasparini (2021) : L'A.P peut devenir un tournant dans le quotidien de ces patients qui retrouvent du lien social (Lutrat & Gasparini, 2021). De plus, deux interviewés mentionnent que ce groupe organisé, avec pour point commun la pathologie chronique, permet aux individus de se comprendre : [E5, L.147 : « Ici, on est tous pareils » ; L.149 : « Aucune barrière »] ; [E6, L.296 : « Et tout ça, ça fait vraiment un beau petit groupe » ; L.300 : « On se comprend »].

L'ensemble des participants fait état de la force du groupe qui permet de résoudre les difficultés liées à la pratique d'une A.P :

[E2, L.101 : « Parce que c'est le groupe »] ;

[E3, L.169-170 : « Mais de moi-même toute seule, jamais je n'aurai pu faire ça », L.173 : « L'effet de groupe fait que...c'est beaucoup plus facile »] ;

[E6, L.302 : « On est toujours en train de se pousser l'un l'autre »].

Au fil de l'entretien, la phrase non finie de l'interviewée 3 démontre qu'elle a conscience de l'aide du groupe pour surmonter ses obstacles personnels, cela traduit un sentiment de compréhension, d'acceptation et de soutien : [E3, L.172 : « Le fait d'être en groupe, ça permet quand même de...(blanc) »]. Celui-ci utilise le terme de « Groupe sport santé » (L137). Les avantages du groupe sont reconnus par l'interviewé 7 : « Les bénéfices indéniables du groupe » (L.85).

De plus, il semblerait que l'ambiance propice peut permettre aux personnes de s'engager dans la durée dans le sport santé, 5 personnes en font état : [E1, L.101 : « C'est la convivialité »] [E6, L.177 : « La convivialité c'est un petit peu »] ; [E3, L.114 : « La convivialité »].

## **2.2 Compétences psychosociales**

### **2.2.1 Estime de soi**

Cinq entretiens sur huit mentionnent les vertus thérapeutiques de l'A.P, ce qui démontre une évaluation positive de sa propre valeur : [E1, L.74 : « Grâce au sport je remarquais une semaine après »]. L'apparence physique et la conscience de soi, de son corps permettent de renforcer la confiance en soi, comme l'indique Walther (2016) et comme le déclare le participant suivant :

E6, L.99-100 : « *Le fait de me voir maintenant comme ça je suis épanouie* ». Pour cette dernière qui était très enthousiaste dans son discours, l'effet thérapeutique est ressenti tant au niveau physique : E6, L.104 à 106 : « *On a fait justement des tests d'effort mardi et je me suis améliorée... même pour marcher on voit que mes jambes elles marchent mieux* ». qu'au niveau des marqueurs biologiques E6, L.109 : « *J'ai vu au niveau de ma prise de sang* ». Plus loin dans l'entretien, j'ai volontairement relancé cette participante en demandant si le complément A.P et traitement ça... (je n'ai volontairement pas fini ma phrase), sa réponse fut instantanée : E6, L.212 : « *C'est une merveille* ».

Comme détaillé dans la première partie, Warburton et al. (2006) expriment les preuves irréfutables de l'efficacité de l'A.P sur l'amélioration de tous les paramètres de la santé.

L'interviewé 4 exprime sa conscience de soi pour repratiquer de l'A.P par le biais du sport santé : E4, L.42-43 : « *Refaire une session parce que j'en avais besoin* ». Cette prise de conscience de ses besoins rejoint le fait qu'il est important de disposer de ressources psychologiques et physiques suffisantes pour maintenir des comportements de santé à long terme (Inserm, 2017).

L'interviewé 7 arrive également à prêter une attention sur soi (il s'est beaucoup occupé de sa femme atteinte d'une démence dégénérative). Le blanc laissé à la fin de sa phrase laisse suggérer un regret de ne pas avoir pratiqué de l'A.P. avant : E7, L112 : « *C'est dommage, j'aurais dû...* ».

Ces extraits indiquent que les interviewés arrivent à faire une évaluation de leur valeur personnelle. La pratique d'une activité physique peut aider à renforcer la confiance en soi pour améliorer l'estime de soi et offrir un sentiment d'accomplissement (Walther, 2016).

## **2.2.2 Auto-efficacité et motivation**

### **2.2.2.1 Auto-efficacité**

Sept individus sur les huit montrent une certaine confiance par les termes employés au cours des entretiens, ce qui laisse présager leur capacité à perdurer dans l'A.P : E1, L.95 : « *L'A.P, c'est une drogue* ». ; E3, L.123-124 : « *Je vous dirai le contraire du fait que je suis passée par sport santé, je sais que maintenant y a des sports adaptés* ». ; E4, L.193 : « *Je marche pour moi* ».



L'Auto-efficacité des participants permet de trouver les ressources nécessaires pour perdurer dans l'A.P (Figure 5 : Modèle de Prochaska ) et éviter la rechute même si sortir du modèle ne constitue pas un échec. En effet, la rechute est une étape intégrante dans le changement du comportement. Une solide croyance en leur efficacité personnelle à traduire leurs préoccupations en actions préventives efficaces en est un signe positif :

E6, L.151-152 : « *J'ai fait quand même pas mal d'efforts* » ; L.182 « *Avant j'étais plutôt en retrait* » ; L.183-184 : « *Je me sens mieux. Je n'ai pas peur d'aller vers les gens parler, avant je n'aurais jamais osé vous parler ...* » ; E5, L.55 : « *C'est moi qui les ai contactés* ».

Sept entretiens montrent des satisfactions personnelles que ce soit par une reconnaissance personnelle de leurs efforts ou d'amélioration de leur condition physique ou psychique :

E5, L.131-132 : « *Je pense que la meilleure façon de reprendre le travail c'est déjà d'être un peu fort aussi mentalement et physiquement* ». L.157 : « *Retourner travailler* ». Plus loin, dans l'entretien, cette interviewée semble prendre du recul et me confie que : E5, L.160-161 « *Et de pas travailler, bah ça touche le moral, c'est horrible* ». J'ai pu percevoir son désarroi par le dernier terme employé et dans la tristesse de sa voix.

On remarque également qu'un accompagnement est mentionné dans quatre entretiens. Comme cela est souligné par l'I.R.B.M.S, il faut renforcer cette motivation pour faire face à un changement de comportement (2022). Cependant, le fait d'être conseillé et guidé par des professionnels, empêche la plupart d'adhérer à un club sportif standard (Gaspirini & Knobé, 2015), qui est un des objectifs du sport santé pour que la personne puisse s'insérer durablement dans l'A.P. L'interviewée 5 a elle-même contacté l'association sport santé, avec un objectif de reprendre le travail (ne travaille plus depuis 10 ans), ce qui démontre une capacité à prendre une décision constructive pour atteindre son but.

L'étude montre également que les participants, par le biais du sport santé arrivent à se projeter par des objectifs à court, moyen ou long terme. Ce sont des objectifs que ce soit en termes de qualité de vie, d'espérance de vie en bonne santé ou de retour à l'emploi :

E1, L.57 : L.54 : « *Rallonge dix ans de leur vie* » ; « *Rester dans le coup* » ; E3, L.113 : « *Reprendre le sport tout simplement* » ; E4, L.84 : « *Surtout de pas rester dans mon canapé* »

*et pas me replier sur moi-même »* ; E5, L.125 : « *Pour pas vieillir trop vite »* ; L.245 : « *Si je pouvais mourir plus tard, ce serait mieux »* ; E6, L.126 : « *Pour me sentir bien »* .

L'interviewé 7, même si sa situation est difficile à titre personnel, arrive à se projeter, même s'il est conscient et verbalise qu'il n'est pas encore prêt. Son verbe au futur « me permettra » indique une prise de conscience et une projection. E7, L156 : « *Qui permettra de faire un tri quand le moment sera venu pour faire ce... »* .

Ces objectifs sont mentionnés et décrits dans la synthèse de l'A.N.S.E.

### **2.2.2.2 Motivation**

L'auto-efficacité exprimée par les participants semble être un déterminant de la motivation des participants pour s'insérer et perdurer dans le sport santé :

E7, L.103-104 : « *C'est la motivation, si vous ne l'avez pas... »* ; L.117 : « *C'est l'échappatoire de se dire le temps, mais si on veut vraiment faire s'organiser, on trouve ce temps. Voilà, c'est sûr, c'est une excuse, c'est une excuse »* ; L.133 : « *Après voilà, faut le déclic, un petit peu plus... »* ; E4, L.137 : « *Ils n'ont pas l'envie »* ; L.150 : « *C'est la motivation »* .

L'aspect motivationnel (I.R.B.M.S, 2022) semble prendre une place importante dans la prise de décision pour pratiquer une A.P, on le retrouve dans plus de la moitié des entretiens :

E6, L.192 : « *Le plus dur, c'est d'aller s'inscrire »* ; L.74 : « *Bah les pathologies qu'on a, moralement ça c'est pas bon non plus »* ; L.209 : « *Je pense, c'est aussi dans la tête »* .

La motivation intrinsèque de pratiquer de l'A.P semble liée à la propre volonté des participants dans leur prise de décision : E7, L.128 : « *Si on veut vraiment, on peut trouver si on veut vraiment »* ; E2, L48 : « *À un moment, j'ai décidé de prendre le dessus »* .

Comme le souligne Isabelle Grémy, il est donc important de vérifier la motivation des participants et de faire verbaliser celle-ci. Ce constat permet de promouvoir l'entretien motivationnel (I.R.B.M.S, 2022) qui est un moyen pour aider la personne face à un changement de comportement de santé.

Six interviewés ont conscience que leur comportement « d'avant » n'était pas adapté, ils arrivent à le critiquer.

E2, L.46-47 : « *Moi j'avais tendance au départ du coup à me mettre « foutre » vulgairement dans mon canapé* » ;

E4, L.95-96 : « *Premièrement pour pas rester dans mon canapé* » ; L.84-85 : « *Pas me replier sur moi-même* » ;

E5, L.240-241 : « *On le sait tous en vrai, que ça fait du bien de faire du sport c'est juste que des fois on aime bien rester dans le déni* ».

Ce constat rejoint celui de Guerrin (2012) qui exprime que l'approche des soins, pour l'entrée dans l'A.P, doit se baser sur un système notionnel qui s'appuie sur la réflexion, en mettant en avant les forces plutôt que les faiblesses pour chaque individu.

La dimension psychosociale est donc présente dans tous les résultats, on retrouve les facteurs du lien social, l'estime de soi et l'auto-efficacité. La seconde hypothèse du facteur psychosocial est donc validée. En effet, les interviewés mettent en avant les bénéfices sociaux et psychologiques que l'A.P.A peut avoir sur eux ainsi que leur persévérance à pratiquer l'A.P.

### **2.3 Prescription et promotion de l'A.P par le médecin traitant**

D'après trois participants, malgré les bénéfices, les médecins généralistes ne font pas forcément la promotion de l'A.P :

E7, L.54-55 : « *Il m'a dit que c'était bien mais il ne me l'avait pas dit avant* » ;

E6, L.260 à 264 : « *Les médecins doivent savoir (l'effet de l'A.P) avant de donner des médicaments...il m'a jamais dit de faire du sport* ».

On retrouve les freins possibles à la prescription et à la promotion de l'A.P par les M.T, exprimés par les propos de ces participants, dans la figure 4. Certains en expriment le regret. Pour les M.T, la prescription de sport santé est chronophage et le temps consacré aux patients porteurs de pathologies chroniques est déjà important d'après Croquin et al (2023). Pourtant, d'après cette étude, le mode d'entrée dans le sport santé ne se fait pas forcément avec une prescription mais sur une orientation ; pour certaines personnes elles ont été intégrées dans un parcours de soins.

## **2.4 Offre structurelle et communication**

### **2.4.1 Offre structurelle**

L'offre actuelle étudiée sur ce territoire semble être insuffisante pour pouvoir accueillir une population plus importante. Plus de la moitié des participants souligne le manque d'offre de sport santé sur le territoire étudié :

E4, L.223 : « *Il devrait y avoir plus d'association comme ça* » ;

E5, L.258-259 : « *Il devrait y avoir plus d'associations, surtout à Maubeuge, parce que j'ai vu qu'à Lille y en avait beaucoup* ».

Ils sont conscients qu'ils ne peuvent pas être beaucoup plus nombreux car cela engendrerait un dysfonctionnement à la bonne pratique de l'A.P. Pourtant, la stratégie Nationale du Sport Santé est une priorité (Ministère des solidarités et de la Santé, Ministère des sports, 2019) :

E4, L.233 : « *On ne peut pas être beaucoup plus* », L.242 : « *Ça fait trop dans une salle* » ;

E8, L.165 : « *Mais si on était vingt tous les samedis matin, ça serait plus gênant* ».

### **2.4.2 Communication**

La communication de l'offre sport santé disponible semble être un frein pour les personnes atteintes de pathologies chroniques. Les deux tiers des personnes interviewées étaient en général dans un parcours de soins ou ont été informées par le biais de connaissances proches. Les personnes isolées ont donc peu de chance de les connaître. E3, L.139 : « *Vraiment pas*

*assez de publicité* » ; E4, L.223 : « *L'association Sport Santé devrait être référencée* » ; E6,

L.274 : « *Je connaissais pas du tout* » ; E8, L.172 : « *Je l'ai appris curieusement* ».

Nous avons vu que les politiques publiques ont du mal à toucher le public cible par leur message de prévention (Gaspirini & Knobé, 2015).

Deux personnes ont fait également la promotion de l'A.P auprès d'autres personnes, qui ont rejoint à leur tour le dispositif. Les pairs-aidants sont un des meilleurs moyens de véhiculer les informations au sein d'un même groupe de patients atteints de la même pathologie (Troisoeufs, A. 2020). Ceci peut être une piste pour améliorer facilement la promotion de l'A.P.

E4, L 181-182 : « *J'ai dit écoute viens, il est venu voir un peu* ». Cette personne est elle-même arrivée par son entourage : « *J'avais déjà des amis qui m'avait recommandé* » L.101-102.

E3, L.133 : « *Flyers et tout ça à partager si on voulait, donc j'en ai mis chez ma kiné. Ah bah ça a déjà fait son effet parce qu'il y a déjà 2 qui sont venus* ».

La dernière hypothèse est validée également, l'offre d'activité physique étudiée sur ce territoire semble insuffisante d'après les interviewés. Cependant, des pistes d'amélioration de la promotion de l'A.P ont été mises en évidence.

Trois autres thématiques en lien avec la problématique, mais qui n'étaient pas recherchées sont ressorties de l'analyse des propos des répondants.

### **3. Autres facteurs évoqués par les participants en lien avec la problématique**

#### **3.1 Santé physique et psychologique**

##### **3.1.1 Santé physique**

Comme attendu et détaillé dans la synthèse collective de l'A.N.S.E.S (02/17), les bénéfices physiques sont reconnus unanimement, même si ce n'était pas l'un des objectifs de l'étude.

E1, L.44 : « *Ça m'empêche de rouiller* » ; L.58-59 : « *Au lieu de se lever et d'avoir des courbatures et tout. Bah on se lève, on va bien mieux* » ; E3, L.149 : « *C'est du sport adapté... ça fait vraiment du bien travailler les articulations* » ; E6, L.73 : « *Aussi bien physiquement* ».

L'expression qui m'a le plus interpellé est celle de l'interviewé 4 : E4, L.109-110 : « *J'ai pris une douche à l'intérieur* ».

Les pratiquants ressentent donc l'impact à la pratique d'une A.P, avec comme ces exemples, sur les effets positifs au niveau du système musculo- squelettique, comme décrit par Grosclaude et Ziltner (2010) (cf. annexe 3). En effet, l'A.P agit sur différentes fonctions de l'organisme (Inserm, 2019).

##### **3.1.2 Santé psychologique**

Tous les entretiens font ressortir un impact positif sur la santé mentale (Grimaldi et al.) à la pratique de l'A.P. : E2, L.124 : « *Le seul matin où je me lève avec la banane* » ;

E3, L.104 : « *Ça joue aussi sur le psychologique* » ; E6, L.98-99 : « *Quand j'ai commencé, je n'étais vraiment pas bien, j'étais dans mon coin* » ; E5, L.97 : « *C'est bon pour le moral* ».

L'interviewé 7, souffrant de dépression, a également souligné l'effet positif sur la dimension psychologique : E7, L.79-80 : « *Quand j'ai fait cette activité, je dors mieux, c'est indéniable, c'est indéniable* ». Il a utilisé le terme "indéniable", adjectif qui a pour signification « qu'on ne peut pas nier » (Larousse, 2024). Comme Isabelle Grémy (2021) le précise, la pratique d'une A.P influe sur la santé mentale.

### **3.2 Facteur cognitif**

La volonté des participants de conserver un état de bien-être physique et psychologique permet de continuer l'A.P, comme souligné par Isabelle Grémy (2021). Le changement du comportement de santé et le facteur extrinsèque « du groupe » permettent de renforcer le sentiment de liberté et d'efficacité personnelle ; faire verbaliser les participants permet de renforcer ces attitudes.

Cinq interviewés m'ont cité que les personnes ne pratiquent pas l'A.P à cause d'un manque de connaissances sur ses bénéfices :

E1, L.119 : « *Ne connaissait pas les bénéfices au départ* » ; L.54 : « *Rallonge dix ans de leur vie* » ;

E4, L.134 : « *Parce qu'ils ne sont pas conscients* » ;

A contrario, ces pratiquants en expriment les avantages :

E4, L.165 : « *Celui qui fait du sport, c'est celui qui aura plus de chance de s'en sortir* ».

E6, L.103 : « *J'ai toujours été conscient que le sport était un bénéfice* ; L.154 : « *Je me dis en continuant, ce sera encore mieux* ».

### **3.3 Facteurs économiques**

L'étude portait sur deux associations. L'analyse fait ressortir, par le biais des participants, que les porteurs de ces associations doivent trouver des financements ou des subventions pour

pouvoir subvenir à la bonne mise en œuvre (il faut indemniser les professionnels qui y interviennent) et à la pérennité de leur structure associative.

A titre individuel, les interviewés sont conscients que le prix payé dans ces structures n'est pas prohibitif par rapport à des clubs sportifs, ce qui semble être un frein pour le prolongement dans l'A.P (Gaspirini & W Knobé, 2015).

L'aspect financier semble donc être un obstacle à la pratique et à la continuité d'une A.P, quatre interviewés le mentionnent :

E4, L189-190 : « *Brigitte, elle se bat pour avoir des subventions* » ; L.238: « *Une histoire de budget aussi* ».

E6, L.247-248 : « *Ça aussi c'est pas donné à si vous voulez, des fois vous inscrire dans des sports. Pas donné quand même, ce n'est pas possible* ». ; L.256 : « *Il n'y a pas assez d'aide pour ça* ».

Ce qui rejoint les propos de Gaspirini & Knobé (2015) lors de l'expérience Strasbourgeoise : ils indiquent que les ressources financières limitées, ainsi que l'histoire familiale pour adhérer à un club de sport semblent entraver la participation continue à l'A.P.

#### **IV. DISCUSSION**

##### **1. Résultats**

###### **1.1 Principal**

Pour rappel, l'objectif principal de cette étude était d'analyser les facteurs influençant la pratique de l'activité physique chez les personnes atteintes de maladies chroniques.

La prescription de sport santé était censée influencer la pratique d'une A.P, cela peut être le cas. Cependant, cette hypothèse n'a pas pu être testée. En effet, une seule personne a bénéficié d'une prescription de son médecin généraliste et c'est elle qui a dû lui indiquer comment la remplir. Quatre participants ont été adressés par des professionnels de second recours (rhumatologue, services) et les trois autres par des connaissances proches.

Les patients peuvent donc s'insérer dans le dispositif même s'ils ne bénéficient pas de prescription médicale pour la population étudiée, celle-ci n'est donc pas indispensable. La moitié des personnes engagées vers ces structures de sport santé a été faite par une orientation personnelle, par un conseil oral dans un parcours de soins ou par le biais de connaissances.

L'aspect financier est évoqué comme un frein à la pratique de l'A.P. On peut donc penser que la prescription pourrait lever ce frein même si l'hypothèse n'a pas directement été testée.

## **1.2 Secondaires**

L'une des hypothèses selon laquelle la dimension psychosociale influe sur la pratique d'une A.P est validée. En effet, les interviewés insistent sur les facteurs bénéfiques qui leur permettent de maintenir cette pratique. Ils énoncent les bénéfices du lien social, l'auto-efficacité, l'estime de soi que ce soit par une amélioration de la confiance en soi, une projection ou un développement de la motivation.

La dernière hypothèse concernant l'offre, qui détermine la pratique d'une A.P, est validée également. Les participants de l'étude signalent des limites à augmenter le nombre de participants, le manque de structures et le peu de promotion de l'offre qui en limite l'accès.

## **1.3 L'activité physique**

J'ai basé mon cadre théorique et mes hypothèses sur la prescription médicale, l'estime de soi, l'auto-efficacité, le soutien social et l'offre d'activité physique.

Au détour des huit entretiens réalisés, quatre principales thématiques ont été abordées par les participants et sont ressorties de l'analyse. Les déterminants (lien social, estime de soi, auto-efficacité, prescription médicale, l'offre structurelle) et d'autres concepts (motivation, santé, communication, facteur économique), sont tous en lien avec la pratique d'une activité physique par le biais du sport santé.

Après avoir fait mes entretiens, plusieurs axes que je n'avais pas étayés ou objectivés ressortent de l'analyse.

### **1.3.1 Lien social**

Les personnes qui sont arrivées dans le sport santé m'ont fait part du fait qu'elles se sentaient isolées que ce soit socialement, dans le travail, ou renforcées par l'attitude du conjoint, et pour cette dernière cela semble donner un sentiment de culpabilité à la personne atteinte de maladie chronique. Les personnes intégrées dans le sport santé sont pour plus de la moitié arrivées grâce à un parcours de soins. J'aurais pu baser une hypothèse sur la culpabilité des patients atteints de maladies chroniques qui les empêche de s'insérer et de perdurer dans l'A.P.



### **1.3.2 Accessibilité à l'activité physique et prescription**

Dans l'analyse, on remarque que certains interviewés évoquent le manque de structures dans cette zone étudiée. J'aurais pu baser une hypothèse concernant l'isolement géographique des patients chroniques, ce qui les empêcherait d'accéder à l'A.P.

L'analyse fait ressortir que les interviewés sont contents et satisfaits d'aller faire de l'activité physique, pourtant peu de médecins le prescrivent ou signalent les bienfaits de l'A.P. Or, l'A.P peut se prescrire dans le cadre d'un dispositif, remboursé ou sur ordonnance. Sa promotion est devenue une priorité, mais elle est encore trop peu conseillée ou prescrite (Gremion et al., 2021, p.16). J'aurais pu m'intéresser aux représentations et aux freins des professionnels concernant la prescription d'activité physique ; sont-ils au courant ?

Est-ce que le médecin est conscient de l'impact et de l'influence qu'il pourrait avoir sur son patient de prescrire l'A.P ? Ne sous-estime-t-il pas l'influence qu'aurait une ordonnance non médicamenteuse sur le changement de comportement du patient porteur de pathologie chronique ? Selon Rucar, « une majorité (de patients) a déclaré avoir changé leurs comportements à l'issue de conseils prodigués par leur médecin traitant plutôt que par les messages véhiculés par les médias » (2018, p.41).

Cependant, le M.T doit peut-être faire des choix dans sa prise en soins, en fonction du temps accordé pour chaque patient. Comme l'indique la figure 4, le temps médical est déjà important chez les patients polyopathologiques. Cette hypothèse a une réelle importance dans le contexte actuel en prenant le fait que le ratio médecin/patient va encore diminuer dans la décennie à venir.

Dans le cursus du médecin, les bénéfices de l'A.P sont étudiés mais la problématique reste de savoir comment la prescrire. Krim et ses collègues expliquent que « les freins soulevés à l'incitation de la pratique régulière d'A.P, qu'elle soit prescrite sur ordonnance ou dispensée sous forme orale, illustrent la faiblesse de la politique de promotion de la santé par l'A.P »(2022). J'ai eu l'occasion d'échanger, après formulation de mes hypothèses, avec un médecin du sport qui m'a expliqué que très peu de médecins sont aux courants des dispositifs sport santé et qu'ils n'avaient pas le temps de s'y intéresser ou de le prescrire.

Est-ce que les médecins sont au courant des différents dispositifs qui existent ? Est-ce l'absence de formation ou de connaissances pour prescrire l'activité physique qui explique qu'ils n'en prescrivent pas ?

Même si un seul interviewé avait une prescription, on aurait pu imaginer que la prescription, et donc la prise en soins, peut avoir un effet positif, ou au moins lever le frein de l'aspect financier pour des personnes qui trouvent le prix trop élevé pour la pratique du sport santé.

L'I.P.A, pour qui les consultations durent en moyenne quarante-cinq minutes, aurait toute sa place pour expliquer les mécanismes et bénéfices de l'A.P. En effet, il pourrait faire la prescription ou orienter le patient après avoir adapté sa posture au patient qu'il a en face de lui, selon l'évaluation de ses besoins et de ses attentes. Il pourrait notamment donner les informations nécessaires avant la fin de la consultation avec les coordonnées de ces structures.

En effet, parmi les compétences de l'I.P.A, on retrouve des activités de prescription, d'orientation et d'éducation (Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018).

### **1.3.3 Estime de soi, auto-efficacité et motivation**

Dans les freins expliquant la faible prescription d'A.P par le médecin traitant, on retrouve souvent le manque de motivation des patients à pratiquer une A.P (Sciences et sports 38, 2023).

L'entrée dans une A.P est liée à la motivation à s'insérer dans un dispositif. La personne ne voyant pas les bénéfices au départ ou étant isolée socialement (ceci pouvant être entretenu par le partenaire de vie), a du mal à vouloir faire le premier pas pour pratiquer une A.P.

Après avoir analysé les entretiens, l'entrée et le maintien de l'activité physique pourraient s'explorer à travers les théories de la motivation. Comment faire lorsque la personne est entrée dans l'activité physique pour l'y maintenir ?

Comme le souligne Isabelle Grémy (2021), il est important de vérifier la motivation des participants afin de voir leur facteur motivationnel. Dans cette étude, les compétences cognitives des interviewés sont mises en évidence après leur intégration dans une structure sport santé pour maintenir leur pratique d'A.P, par des passages cités « rallonge dix ans de leur vie » ou « celui qui aura le plus de chance de s'en sortir ». Faire verbaliser les participants permet de renforcer cette attitude. Lors des entretiens, j'ai pu percevoir l'enthousiasme des sept interviewés dans leurs propos recueillis sur l'A.P. L'I.P.A aurait son rôle à jouer dans le maintien de cette motivation à partir des connaissances biomédicales, socio écologiques, psychologiques du patient pour créer une alliance thérapeutique.

On aurait pu se demander si la dimension cognitive joue un rôle dans l'A.P. L'I.P.A, par son analyse, son expérience, peut exercer un entretien motivationnel pour aider la personne.

L'interviewé 7 en est conscient également « si on veut, on peut ». La motivation semble donc être un facteur qui influence la pratique d'une A.P.

Une future recherche sur le sujet pourrait interroger des personnes qui ne pratiquent pas d'A.P et comparer ces propos avec ceux d'un groupe témoin qui pratiquent de l'A.P.

Le lien social, comme nous l'avons vu dans la première partie et dans l'analyse est certainement un des déterminants que l'on peut argumenter auprès des patients même si d'autres semblent intriquer (motivation, isolement, offres...).

L'I.P.A, par ses missions, est amené à voir un grand nombre de patients porteurs de maladies chroniques, il connaît les ressources de son territoire et est à même d'orienter ces patients pour améliorer leur qualité de vie en promouvant tous les bénéfices de l'A.P.

J'ai pu pratiquer cette orientation lors de mes différentes consultations de neurologie. J'ai orienté un patient victime d'un Accident Vasculaire Cérébral, sans séquelles, vers l'association sport santé Sambre Avesnois, notamment vers le tennis santé dont il ignorait l'existence (il a exprimé de la joie dans ses propos). Ce fut également le cas avec ce patient de 40 ans, victime d'une monoplégie à la naissance, conséquence d'une anoxie cérébrale natale, ne pouvant pas travailler, qui m'a verbalisé « s'ennuyer dans sa vie ». Je lui ai fourni les coordonnées des structures sport santé du valenciennois pour trouver une structure proche de son domicile.

### **1.3.4 Facteurs économiques et structurels**

#### **1.3.4.1 Aide gouvernementale pour le patient chronique**

A contrario, le médecin connaît-il par avance pour le patient que la prise en charge financière de l'état est nulle (pourtant inscrite au P.L.F.S.S de 2024 mais retirée) ? Comme retrouvé dans l'expérience strasbourgeoise de la première partie, il est envisageable que les personnes en situation de précarité sociale et résidant dans une zone populaire soient davantage enclines à demander une prescription. En effet, si elle est en situation de précarité, elle ne pourra pas se permettre des frais dans un traitement non pharmacologique dont elle ne perçoit pas les bénéfices au départ. En effet, elle ne les verra qu'à moyen terme quand elle sera insérée dans le dispositif.

J'aurais pu accéder mes hypothèses sur la précarité financière du patient atteint de pathologie chronique (facteur économique), ainsi que sur sa situation personnelle familiale : économique et sociale.

### **1.3.4.2 Aide gouvernementale pour les structures**

L'analyse, par le biais des propos des interviewés, fait ressortir des difficultés financières pour ces structures dans le maintien d'un état pérenne ou l'augmentation de leur quota. Ces dernières sont composées de bénévoles engagés, convaincus des bienfaits de l'A.P. Cependant, elles doivent faire appel à des professionnels qualifiés et diplômés qu'elles ont à rémunérer. Également, il est à noter que la taille de la structure ne permet pas d'accueillir plus de participants. Or, les pathologies chroniques vont augmenter avec le vieillissement de la population et l'avancée de la médecine.

Il serait intéressant de recueillir l'avis de ces bénévoles et des présidents pour obtenir leur point de vue sur ce qui leur manque dans leur engagement (soutien moral ? soutien financier ? soutien institutionnel ? partenariat ? coordination ?).

Une hypothèse aurait pu évoquer les difficultés de soutien des associations.

### **1.3.5 Histoire de vie en lien avec l'activité physique**

Même si la motivation semble jouer un rôle important dans la pratique d'une A.P, il aurait été pertinent de s'intéresser au vécu sportif des personnes avant leur entrée dans la maladie chronique. En effet, ce constat ressort dans l'analyse sur les freins liés à la pratique d'une A.P. La moitié des participants fait état d'un manque de connaissances des bénéfices au départ à la pratique d'une A.P, pourtant « tout le monde sait que ça fait du bien de faire du sport » (E5, L241). Les personnes s'insérant dans le sport santé avaient-elles déjà pratiqué de l'A.P ?

L'I.P.A connaît les mécanismes de la pathologie chronique. Comme j'ai pu le faire lors de mes entretiens dans le cadre cette recherche ou lors de mon exercice professionnel, j'ai pu expliquer les bénéfices de l'A.P comme thérapie non médicamenteuse.

J'aurais pu baser mes hypothèses sur le rapport au sport avant l'entrée dans la maladie chronique.

## **2. Limites et forces de l'étude**

### **2.1 Limites**

Il s'agit d'une étude qualitative visant à comprendre les différents facteurs influençant la pratique d'une A.P par le biais du sport santé en Sambre-Avesnois. Même si je me suis beaucoup documenté, l'interprétation des données peut être biaisée étant donné que je suis novice dans la recherche. Les entretiens à la maison sport santé se sont faits après un entretien de fin de session

d'environ vingt minutes. J'ai certainement posé des questions redondantes, les interviewés étaient peut-être « las » de répondre aux-mêmes questions. Les entretiens au tennis santé ont été réalisés dans une pièce annexe, non fermée, où il y avait du passage. Par exemple, un entretien a dû être interrompu puis repris ; ce contexte de passation a pu modifier la concentration de l'interviewé et la mienne. Les interviewés au tennis santé connaissaient mon visage (ma fille y pratique) ce qui a peut-être influencé leurs réponses. Mon idée de départ était de pouvoir comparer deux groupes distincts : l'un qui a bénéficié d'une ordonnance et l'autre sans ordonnance. Or, je n'ai pas pu le réaliser par manque de prescription. L'étude s'est déroulée dans deux communes différentes d'un secteur. Si je m'étais limité à une seule commune ou choisi un autre secteur, je n'aurais peut-être pas eu les mêmes résultats. Si je devais refaire ce mémoire, je demanderais aux présidents de clubs les participants ayant bénéficié d'une prescription médicale pour avoir mon échantillon représentatif.

## **2.2 Forces**

Les personnes interviewées avaient des profils variés, des parcours de vie différents, un grand écart d'âge (afin d'assurer une variabilité maximale) et une richesse par ces diversités lors des échanges. Malgré ces différences, j'ai pu percevoir la spontanéité et la satisfaction des personnes à pratiquer de l'A.P ; ce qui est une force du recueil individuel. Cela favorise l'expression personnelle, l'authenticité et le non-jugement par des pairs. J'ai pris contact en amont avec les présidents des associations, tous les participants ont été prévenus de mon étude et avaient donc donné leur accord oral pour participer à l'étude. Les entretiens au sport santé se sont faits dans une pièce fermée en face à face sans interférence. J'ai essayé d'anticiper et d'organiser mon temps pour pouvoir analyser au mieux les entretiens. De plus, l'utilisation de la grille d'entretien m'a permis de diriger et d'harmoniser les entretiens.

Finalement, l'enregistrement de ces derniers a permis un dialogue fluide et sans perte de temps par la prise de notes. Leur retranscription a pu se faire en plusieurs fois pour être sûr de ne pas perdre d'informations. Je me suis aidé de la grille COREQ (convention pour l'amélioration de la qualité des rapports d'entretiens) pour vérifier que je n'avais rien oublié (cf. annexe 11). De plus, une infirmière expérimentée a codé et analysé les entretiens pour s'assurer que je n'avais pas omis de thèmes. J'ai tenu un cahier de « bord » tout au long de ce mémoire qui m'a permis de noter toutes mes questions et conseils donnés par la directrice de ce mémoire.

### **3. Perspectives**

#### **3.1 Pour la recherche**

Les différentes perspectives ont été énoncées ci-dessus. Je vais donc lister des hypothèses en lien avec ma problématique :

- La formation des médecins limite le nombre de prescriptions de sport santé ;
- Les médecins pensent qu'il est logique de faire de l'A.P pour sa santé ;
- La pénurie médicale empêche les médecins de s'attarder sur les bénéfices de l'A.P et de la prescrire ;
- Le médecin n'est pas conscient de l'importance de la prescription ;
- La motivation des patients est un levier primordial ;
- Le facteur financier empêche les patients de s'insérer dans l'A.P ;
- Pour se développer/être pérenne, l'offre de sport santé a besoin d'une aide financière et de moyens extérieurs ;
- Le rapport au sport avant la maladie chronique joue un rôle dans l'adhésion au sport santé.
- Il existe une insuffisance de soutien financier de la part du gouvernement pour l'A.P.A.

#### **3.2 Pour la profession**

Les bénéfices de l'A.P qu'ils soient physiques, psychiques, psychosociaux, thérapeutiques ne sont plus à démontrer que ce soit en prévention primaire, secondaire ou tertiaire. D'après cette étude, l'activité physique ne dépend pas d'un seul facteur mais d'une attitude globale (savoir, vécu, représentation). Les outils mobilisables pour la personne atteinte de pathologies chroniques pour qu'elles pratiquent l'A.P sont des leviers comme cette brochure (en cours de validation), avec les bienfaits de l'A.P et les adresses des professionnels du secteur Sambre Avesnois (cf. annexe 12). L'I.P.A, de par son leadership, le nombre conséquent de patients amenés à être vus, ses connaissances élargies, la formation des pairs et la connaissance de son territoire, doit être un promoteur de l'A.P. L'I.P.A intervient à différents parcours du patient mais également auprès d'aidants, de professionnels pour en faire la promotion. Il est amené à effectuer un examen clinique et peut donc savoir quand le patient peut s'engager dans un programme de sport santé. Il peut travailler sur l'aspect motivationnel pour donner les moyens à la personne de s'y engager en s'aidant également par exemple du tableau obstacles et conseils (cf. annexe 13). Il peut évaluer les patients et élaborer un plan de soins personnalisé, faire des recommandations d'exercice adapté à la condition de santé de la personne (comorbidités,

traitements). L'I.P.A, qui connaît son territoire, joue un rôle de facilitateur et de coordination pour permettre aux personnes atteintes de pathologies chroniques d'accéder au sport santé. Il doit contribuer à la promotion de la santé et de l'A.P afin d'améliorer la santé globale de façon interprofessionnelle et la qualité de vie des patients. De plus, cette amélioration par le biais de l'A.P, permet de lutter contre l'isolement social, la sédentarité ou l'inactivité physique qui sont des facteurs de risques de démence. Enfin, elle permet aussi de prévenir d'autres pathologies comme l'insuffisance cardiaque, la fibrillation auriculaire et la maladie de parkinson. Le lien hôpital-ville ne se limite pas seulement en terme de suivi médical, mais il faut également s'assurer de la pratique de l'activité physique avec tous les bénéfices étudiés et ressortis de l'analyse, comme j'ai pu le faire lors de mes consultations en stage de deuxième année.

## Conclusion

Le vieillissement de la population entraîne une augmentation des pathologies chroniques, ce qui amène un effet sur notre système de santé, mis à mal ces dernières années par les différentes crises qu'elles soient sanitaires ou de vocations. L'évolution des thérapeutiques et de la recherche ne peuvent pas être les seules solutions dans l'amélioration de ces pathologies. Une médecine basée sur un changement de paradigme émerge pour permettre aux patients d'améliorer leur qualité de vie et d'être acteurs dans leur prise en soins. De plus en plus d'initiatives voient le jour pour promouvoir l'activité physique.

Notre étude portait sur l'analyse des différents facteurs influençant la pratique de l'activité physique chez ces patients porteurs de pathologies chroniques. Les résultats de cette recherche ont permis de montrer que la prescription médicale n'était pas nécessaire, la majorité des personnes pratiquent l'activité physique car elles ont été adressées par des professionnels. Malgré les difficultés rencontrées par la pratique de l'A.P au départ, le sentiment d'auto-efficacité personnelle, l'effet de groupe, l'estime de soi, les bénéfices physiques et psychologiques permettent d'y perdurer : un ensemble de facteurs associés les uns aux autres. Parallèlement, cette étude a montré que la motivation et des freins économiques subsistaient pour le patient ou pour les associations. Leur viabilité tenait à l'engagement de bénévoles investis et convaincus des bienfaits de l'A.P. Les croyances et attitudes, l'antériorité au sport sembleraient être des déterminants tout comme l'isolement qu'il soit géographique ou de lien social (partenaire, famille).

Ce protocole d'étude pourrait faire l'objet d'un travail de recherche sur les difficultés rencontrées par les professionnels et/ou les bénévoles. Il serait également intéressant d'interroger les personnes de cette étude à posteriori afin de voir si après un événement de vie personnel ou physique, elles continuent l'activité physique.

A l'aube des jeux olympiques et de la promotion de l'activité physique par différents plans successifs de grande envergure, les bénéfices ne sont plus à démontrer. Le médecin et l'infirmier, acteurs « centraux » doivent être à même d'orienter ces patients vers des structures de sport adapté. L'I.P.A, avec sa vision globale du patient, sa disponibilité et sa connaissance locale, est un acteur majeur pour répondre à l'augmentation de ces patients. Il doit proposer et promouvoir l'activité physique que ce soit par le biais d'une prescription ou d'une orientation dans un plan de soins personnalisé ou lors de séances d'éducation thérapeutique, en prévention primaire, secondaire ou tertiaire.



## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages

Aubien-Auger, I., Cadwallader, J.S., Gilles de la Londe., Lustman, M., Mercier, A., & Peltier, A.(2021).Initiation à la recherche qualitative en santé. Paris, France : Global Media Santé et CNGE.

Delamarche, P., & Carré, F. (2021). Activité physique adaptée et pathologies chroniques, prévention, prescription et prise en charge. Paris, France Masson.

Grimaldi, A., Caillé, Y., Pierru, F., & Tabuteau, D. (2017). Les maladies chroniques vers la 3ème médecine. Paris, France : Odile Jacob.

### Chapitres d'ouvrage

Croquin, M., Galudec, P. M., Magot, L., & Cugerone, A. (2023). La prescription d'activité physique adaptée chez les adultes atteints de pathologies chroniques par les médecins généralistes, en France et à l'étranger : étude des freins et leviers une revue systématique de la littérature. Sciences et sport, 38(337-354). Paris, France : Elsevier Masson SAS.

Lutrat, F., & Gasparini, W. (2021/2). « Sport sur ordonnance : de la prescription à l'engagement des bénéficiaires atteints d'une maladie chronique ». Dans SANTE PUBLIQUE. Politiques, interventions et expertises en santé publique. (VOL.33) p.221 à 231. Paris, France : S.F.S.P.

### Articles

Ancellin, R., & Communal, D. (2022). Prescription d'activité physique par les médecins : freins et leviers. Santé en Action, 462, 19-21.

Andrieu, B. (2023). Croire en santé : La religion énergétique du sport-santé. Droit, Santé et Société, 2023(1), 6-14.

Ardouin, A., & Canot, B., (2018). Bénéfices physiques et psychologiques de l'activité sportive adaptée dans une cohorte de malades chroniques. Dans Sciences et Sport (p.10-15). Reims, France : Elsevier Masson.

Batifoulier, P., Castiel, D., & Bréchat, P.-H. (2017). La tarification à l'activité : une complexité contre-productive pour la santé des populations. Les Tribunes de la santé, 54(1), 61-78.

Boudrahem, S. (2022). L'activité physique : pilier de prévention et traitement efficace., Kinesither Rev., 1-2.

Carré, F., & Grémy, I. (2021). Activité physique et maladies chroniques : quels effets et dans quel cadre ? ADSP, 114(juin), 13-15.

Carré, F., Freyssenet, D., Fervers, B., Nguyen, C., & Perrin, C. (2020). Bénéfices de l'activité physique dans les pathologies chroniques en prévention secondaire et tertiaire : quelles recherches complémentaires sont attendues. Revue Médicale Suisse, 16, 29-33.

Delattre, C. (2018). 13. Activité physique adaptée: « Quand bouger se révèle thérapeutique ». Dans : Rémi Etienne éd., *Soins de support en oncologie adulte* (pp. 215-227). Paris : Dunod.

Favier-Ambrosini, B., & Delalandre, M. (2018). Les réseaux Sport Santé Bien-être : un gouvernement par le chiffre. Terrains & Travaux. 32, 81-106.

Gaspirini, W., & Knobé, S. (2015/1). Sport sur ordonnance : l'expérience strasbourgeoise sous l'œil des sociologues. Informations sociales. 187, 47-53.

Grémy, I. (2021/1). Le sport : nouvelle thérapeutique des maladies chroniques du XXI ème siècle ? ADSP,114,1.

Grosclaude, M., & Ziltener, J.-L. (2010). Les bienfaits de l'activité physique (et/ou les méfaits de la sédentarité). Revue Médicale Suisse, 6, 1495.

Guerrin, B. (2012). Albert Bandura et son œuvre. Recherche en soins infirmiers, 108, 106-116.

Illivi, F., & Honta, M. (2019). La mise en œuvre du plan « Sport, Santé, Bien-être » en région : Un processus d'ajustements continus. Santé Publique, 31(4), 475-484.

Le Breton, D. (2020). Se remettre debout : marcher pour se sentir vivant. Empan, 118(2), 15-21.

Martin, E., & Nagels, M. (2022). Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne. Pathologie chronique et posture soignante en éducation thérapeutique. Recherche en soins infirmiers, 2022(3), 23-41.

Maury, Y., & Hedjerassi, N. (2020). Empowerment, pouvoir d'agir en éducation : À la croisée entre théorie(s), discours et pratique(s). Spirale - Revue de recherches en éducation, 2020(3), 3-13.

Paumard, C. (2014). Les bénéfices de l'activité physique dans les pathologies chroniques. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 14(3), 201—208.

Picard, S. (2022). Prescription de l'activité physique en médecine générale : point de vue des médecins généralistes. Sciences et sports, 37(1), 37-44.

Troisoeufs, A. (2020). Patients intervenants, médiateurs de santé-pairs : quelles figures de la pair-aidance en santé ? Rhizome, 75-76, 27-36.

Vernay, M., Bonaldi, C., & Grémy, I. (2015). Les maladies chroniques : tendances récentes, enjeux et perspectives d'évolution. Dans Santé Publique, 2015/HS (S1), 189-197. S.F.S.P.

### **Textes législatifs en ligne**

Ministère de la santé et de la prévention (2023) Décret n° 2023-235 du 30 mars 2023 fixant la liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie ouvrant droit à la prescription d'activités physiques adaptées. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047377952>

Ministère des solidarités et de la santé (2018), Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decree/2018/7/18/SSAH1812409D/jo/texte>

Projet de loi de financement de la sécurité sociale n°1682. [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b1682\\_projet-loi#D\\_Article\\_20](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b1682_projet-loi#D_Article_20)

### **Thèses :**

Rucar, B. (2018). Sport santé sur ordonnance : Analyse des ressentis et des freins concernant la prescription d'activités physiques adaptées pour les patients en affection de longue durée chez des médecins généralistes ayant réalisé une formation à cette prescription. Consulté le 20/02/2024. [Thèse de doctorat, Université de Lille]. [Thèse Lille \(irbms.com\)](https://www.lille.fr/irbms.com)

Walther, T. (2016). Une étude exploratoire des facteurs psychologiques en lien avec la pratique de l'activité physique et le bien-être : Motivation, auto-efficacité, estime de soi et barrières

perçues. Consulté le 21/04/2024.[Thèse de doctorat présentée à la Faculté des Lettres de l'Université de Fribourg (Suisse)].

### **Documents en ligne**

AE1307-UNE-graphique-ds-article-c-cnam (1170×702) (wp.com)

Ameli. Affection longue durée (ALD) - Maladie chronique. En ligne. <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-maladie-chronique>, consulté le 20 Octobre 2023.

ARS HAUTS-DE-FRANCE (2023), PROJET REGIONAL DE SANTE 2018-2028. En ligne. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-hauts-de-france-2018-2028-1?parent=2365>, consulté le 25 Octobre 2023.

ARS Hauts-de-France (2023). MAISONS SPORT SANTE en Vie d'Activité. En ligne. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-maisons-sport-sante-mss-en-hauts-de-france>, consulté le 27 Novembre 2023.

Assurance maladie-Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2018 par catégories de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins. En ligne. <https://i0.wp.com/www.aquae-officiel.fr/wp-content/uploads/2017/11/AE1307-UNE-graphique-ds-article-c-cnam.jpg?resize=1024%2C614&ssl=1>, consulté le 15 Octobre 2023.

Cabut, S. (2023), les malades expriment leur mécontentement quant au recul du gouvernement sur la prise en charge de l'activité physique adaptée. En ligne. <https://www.lemonde.fr/sciences/article/2023/11/10/apres-le-recul-du-gouvernement-sur-la-prise-en-charge-de-l-activite-physique-adaptee-les-malades-en-colere>, consulté le 26 Avril 2024.

Gedda, M. (2015). Lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative [French translation of the COREQ Reporting Guidelines for writing and reading for reporting qualitative research]. *Kinésithérapie la Revue*, 15(157), 50–54. En ligne <http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/crite%cc%80res-COREQ.pdf>, Consulté le 28 Février 2024.

Grosclaude, M., & Ziltener, J.-L. (2010, août 11). Les bienfaits de l'activité physique (et/ou les méfaits de la sédentarité). *Revue Médicale Suisse*. En ligne <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-258/les-bienfaits-de-l-activite-physique-et-ou-les-mefaits-de-la-sedentarite#tab=tab-read>, consulté le 26 Décembre 2024.

Haute Autorité de Santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé. En ligne. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante), consulté le 25 Novembre 2023.

INSEE. Bilan démographique 2023. En 2023, la fécondité chute, l'espérance de vie se redresse. paru le 16/01/2024. En ligne. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004?sommaire=7746197>, consulté le 20 Avril 2024.

Inserm - Institut national de la santé et de la recherche médicale. Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques. En ligne. <https://www.inserm.fr/expertise-collective/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques/>, consulté le 20 Octobre 2023.

Inserm CépiDc. Exploitation OR2S. En ligne. [Accueil | CépiDc \(inserm.fr\)](https://www.inserm.fr/cepidc), consulté le 20 Octobre 2023.

INSERM. Epigénétique : Un génome, plein de possibilités ! paru le 18/08/2018. En ligne. <https://www.inserm.fr/dossier/epigenetique/>, consulté le 21 Avril 2024.

IRBMS. Estime de soi et pratique sportive. En ligne. <https://www.irbms.com/estime-de-soi-pratique-sportive/>, consulté le 20 Février 2023.

Le réseau des Maisons Sport-Santé poursuit son déploiement (2022). En ligne. <https://www.sports.gouv.fr/les-maisons-sport-sante-un-outil-d-egalite-des-chances-et-d-acces-au-droit-de-la-sante-par-le-sport>, consulté le 25 Octobre 2023.

Ministère des Sports. Stratégie nationale sport santé 2019-2024. En ligne. <https://www.sports.gouv.fr/strategie-nationale-sport-sante-2019-2024-85>, consulté le 20 Octobre 2023.

OM2S. Sport Santé sur Ordonnance, comment prescrire ? En ligne. <https://www.om2s-hdf.com/sport-sante-sur-ordonnance-comment-prescrire/>, consulté le 25 Novembre 2023.

OPPERT J-M, SIMON C, RIVIERE D, GUEZENNEC C-Y. SFN (2005). Activité physique et santé, Arguments scientifiques pistes pratiques. En ligne <https://om2s-hdf.com/wp-content/uploads/activite-physique-et-sante-pnns-2005.pdf>, consulté le 25 Novembre 2023.

Organisation Mondiale de la Santé, Déterminants de la Santé (2017). En ligne. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>, consulté le 28 Avril 2024.

Organisation Mondiale de la Santé. Activité Physique. En ligne. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>, consulté le 5 Décembre 2023.

Pub Med ; En ligne. Myokines: le couplage endocrinien du muscle squelettique et de l'os - PubMed (nih.gov), consulté le 3 Mars 2024.

Santé Publique France (novembre 2022). ENJEUX SANITAIRES DE L'AVANCEE EN AGE. Epidémiologie des maladies chroniques liées à la perte d'autonomie et surveillance de leurs déterminants à mi-vie. En ligne. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/rapport-synthese/enjeux-sanitaires-de-l-avancee-en-age-epidemiologie-des-maladies-chroniques-liees-a-la-perde-d-autonomie-et-determinants-de-ces-maladies-a-mi-vie>, consulté le 27 Novembre 2023.

Schwab, P.-N. (octobre 2021). Qu'est-ce que le concept de saturation en recherche qualitative ? IntoTheMinds. <https://www.intotheminds.com/blog/saturation-entretien-qualitatif/>, consulté le 22 Mai 2025

VIDAL. Sport, maladie chronique et handicap. En ligne. Sport, maladie chronique et handicap - VIDAL, consulté le 25 Octobre 2023.

Warburton, D. E., Nicol, C. W. et Bredin, S. S. (2006). Les bienfaits de l'activité physique pour la santé : les preuves. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne, 174(6), 801–809. En ligne. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16534088/>, consulté le 30 Avril 2024.

## TABLE DES MATIERES

<b>Introduction générale</b> .....	<b>1</b>
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
1. La maladie chronique .....	3
1.1 Définition .....	3
1.2 Statistiques et évolution .....	4
1.2.1 Au niveau mondial .....	4
1.2.2 En France .....	4
1.2.3 Dans le système de santé en France .....	4
1.2.4 État des lieux du territoire Sambre Avesnois .....	5
2. L'activité physique .....	6
2.1 Physiopathologie .....	7
2.2 Bienfaits .....	9
2.3 Action sur les pathologies .....	9
3. Compétences psychosociales .....	10
3.1 Comportements .....	10
3.2 Lien social .....	11
3.3 Estime de soi .....	12
3.4 Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique .....	12
4. Dispositif sport santé .....	14
4.1 Historique .....	14
4.2 Expérience strasbourgeoise .....	15
4.3 Maisons Sport Santé .....	17
4.4 Prescription Médicale .....	17
4.5 Relation soignant-soigné, l'impact de la prescription médicale .....	19
5. Problématique et hypothèses .....	20
5.1 Problématique .....	20
5.2 Hypothèses .....	20
<b>II. METHODE</b> .....	<b>21</b>
1. Type d'étude .....	21
2. Recrutement .....	21
3. Protocole .....	22
<b>III. RESULTATS ET ANALYSE</b> .....	<b>23</b>
1. Caractéristiques .....	23
2. Déterminants en lien avec les hypothèses .....	24
2.1 Lien social et groupe/universalité .....	24

2.1.1 Lien social.....	24
2.1.2 Groupe-universalité.....	26
2.2 Compétences psychosociales .....	27
2.2.1 Estime de soi.....	27
2.2.2 Auto-efficacité et motivation .....	28
2.2.2.1 Auto-efficacité .....	28
2.2.2.2 Motivation.....	30
2.3 Prescription et promotion de l'A.P par le médecin traitant.....	31
2.4 Offre structurelle et communication.....	32
2.4.1 Offre structurelle .....	32
2.4.2 Communication.....	32
3. Autres facteurs évoqués par les participants en lien avec la problématique .....	33
3.1 Santé physique et psychologique .....	33
3.1.1 Santé physique .....	33
3.1.2 Santé psychologique.....	33
3.2 Facteur cognitif.....	34
3.3 Facteurs économiques.....	34
<b>IV. DISCUSSION.....</b>	<b>35</b>
1. Résultats .....	35
1.1 Principal .....	35
1.2 Secondaires .....	36
1.3 L'activité physique .....	36
1.3.1 Lien social.....	36
1.3.2 Accessibilité à l'activité physique et prescription.....	37
1.3.3 Estime de soi, auto-efficacité et motivation.....	38
1.3.4 Facteurs économiques et structurels.....	39
1.3.4.1 Aide gouvernementale pour le patient chronique.....	39
1.3.4.2 Aide gouvernementale pour les structures .....	40
1.3.5 Histoire de vie en lien avec l'activité physique .....	40
2. Limites et forces de l'étude .....	40
2.1 Limites .....	40
2.2 Forces.....	41
3. Perspectives .....	42
3.1 Pour la recherche .....	42
3.2 Pour la profession .....	42
<b>Conclusion .....</b>	<b>44</b>
Bibliographie	

## Sommaire des figures

Figure 1: Étiologie des décès en Sambre Avesnois Thiérache .....	6
Figure 2 : Schéma intégratif des effets bénéfiques de l'activité physique dans les maladies chroniques .....	7
Figure 3 : Modèle de Prochaska .....	13
Figure 4: Freins à la prescription d'A.P.A .....	18

## Sommaire du tableau

Tableau 1 : Caractéristiques générales des participants.....	27
--	----

## Sommaire des annexes

### *Introduction*

Annexe 1 : Liste Affection Longue Durée .....	1
Annexe 2 : Liste des dépenses des pathologies chroniques de l'assurance maladie .....	2
Annexe 3 : Impact de l'activité physique sur les différents systèmes .....	3
Annexe 4 : Les Maisons sports santé dans les hauts de France .....	4
Annexe 5 : Liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte ..... d'autonomie ouvrant droit à la prescription d'activités physiques adaptées.....	5

### *Méthode*

Annexe 6 : Demande d'étude auprès du D.P.O .....	7
Annexe 7 : Accord du D.P.O .....	8
Annexe 8 : Guide d'entretien .....	12
Annexe 9 : Document remis aux participants de l'étude.....	13

### *Résultats et Analyse*

Annexe 10 : Organisation des expressions par thèmes et sous-thèmes.....	13
---	----

### *Discussion*

Annexe 11 : Grille COREQ .....	14
Annexe 12 : Liste des professionnels de Sambre Avesnois pratiquant l'A.P.A .....	17
Annexe 13 : Tableau questions/réponses aux freins et à la pratique de l'A.P .....	18

Résumé, mots-clés, abstract





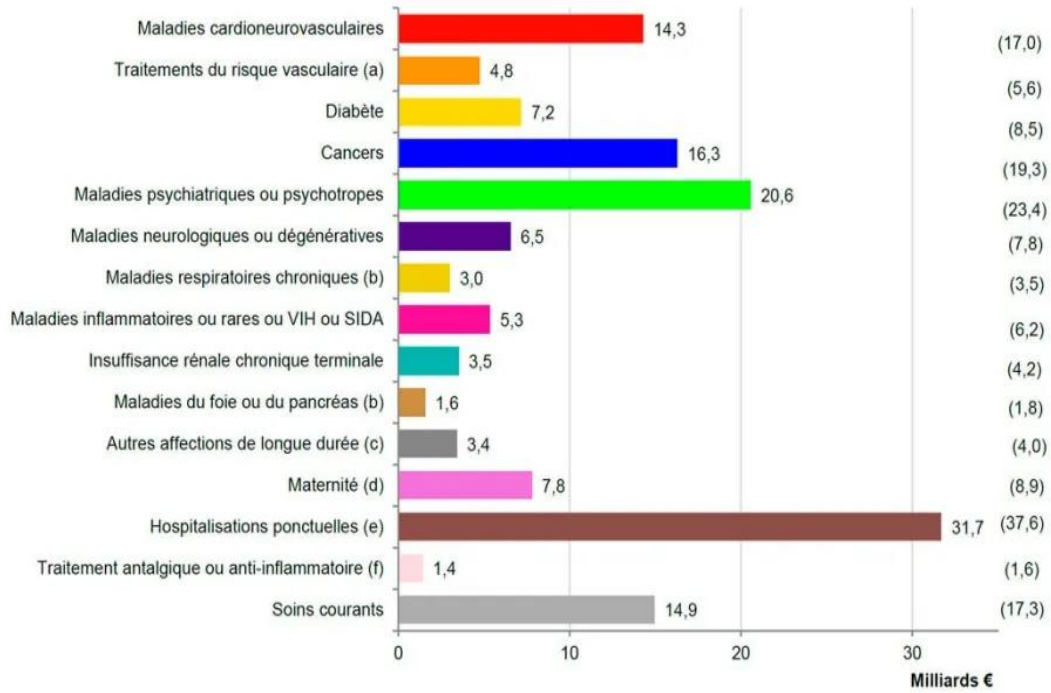
## ANNEXES

### Annexe 1 : Liste Affection Longue Durée (Ameli.fr, 2024)

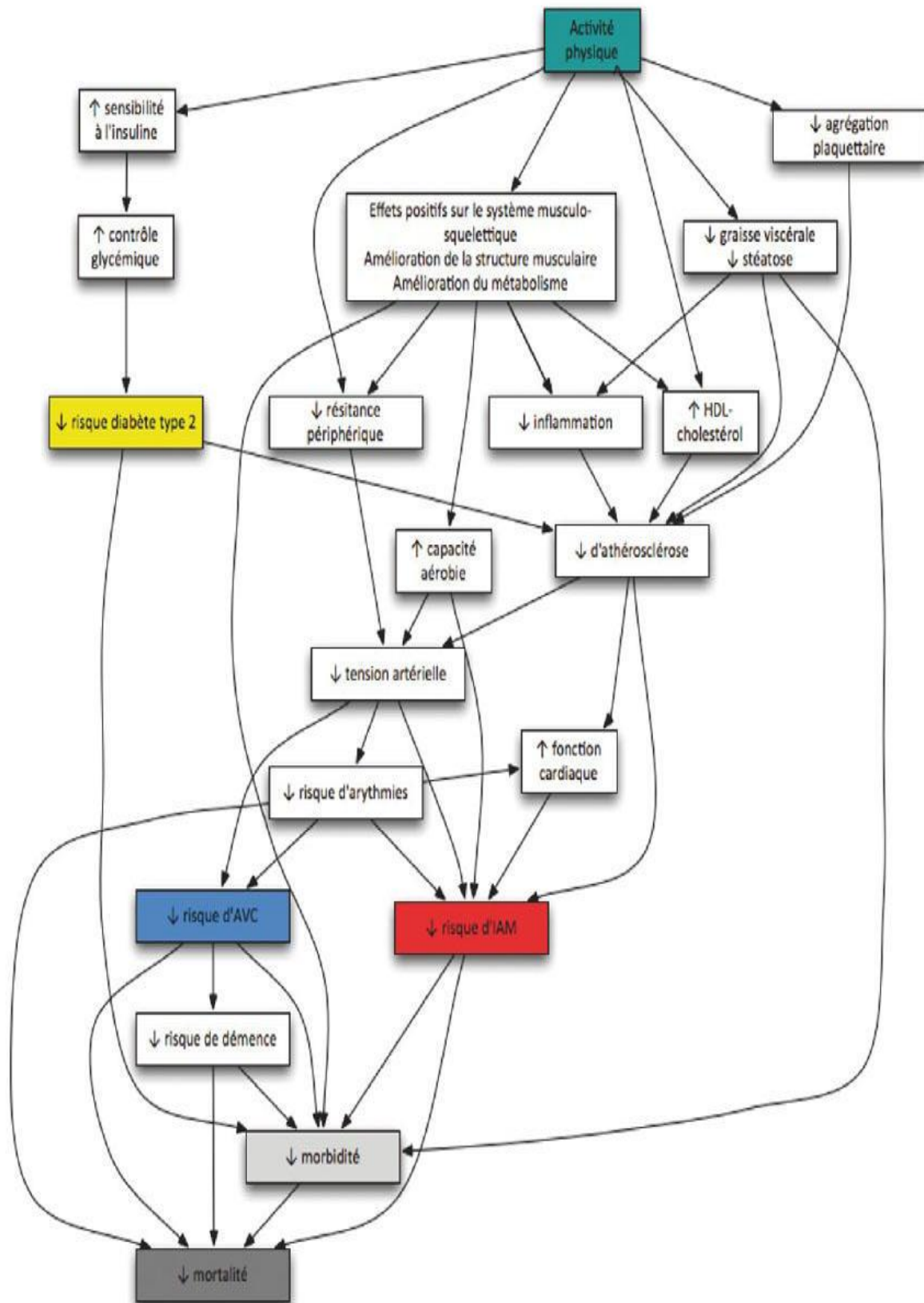
accident vasculaire cérébral invalidant ;  
affections psychiatriques de longue durée dont dépression récurrente, troubles bipolaires ;  
rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;  
artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;  
diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte ou de l'enfant ;  
bilharziose compliquée ;  
déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;  
formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;  
hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;  
hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;  
insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;  
insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;  
insuffisance respiratoire chronique grave : BPCO, asthme grave ;  
maladie d'Alzheimer et autres démences ;  
maladies chroniques actives du foie (hépatite B ou C) et cirrhoses ;  
maladie coronaire : infarctus du myocarde ;  
maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;  
mucoviscidose ;  
maladie de Parkinson ;  
néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale) ;  
paraplégie ;  
polyarthrite rhumatoïde évolutive ;  
suites de transplantation d'organe ;  
sclérose en plaques ;  
scoliose idiopathique structurale évolutive ;  
spondylarthrite grave ;  
tuberculose active, lèpre ;  
tumeur malignes, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique dont :  
cancer colorectal ;  
cancer de la peau ;  
cancer de la prostate ;  
cancer de la thyroïde ;  
cancer de la vessie ;  
cancer des voies aéro-digestives supérieures ;  
cancer du col de l'utérus ;  
cancer du poumon ;  
cancer du sein ;  
lymphome.  
vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique.

## Annexe 2 : Liste des dépenses des pathologies chroniques de l'assurance maladie (CNAM, 2018)

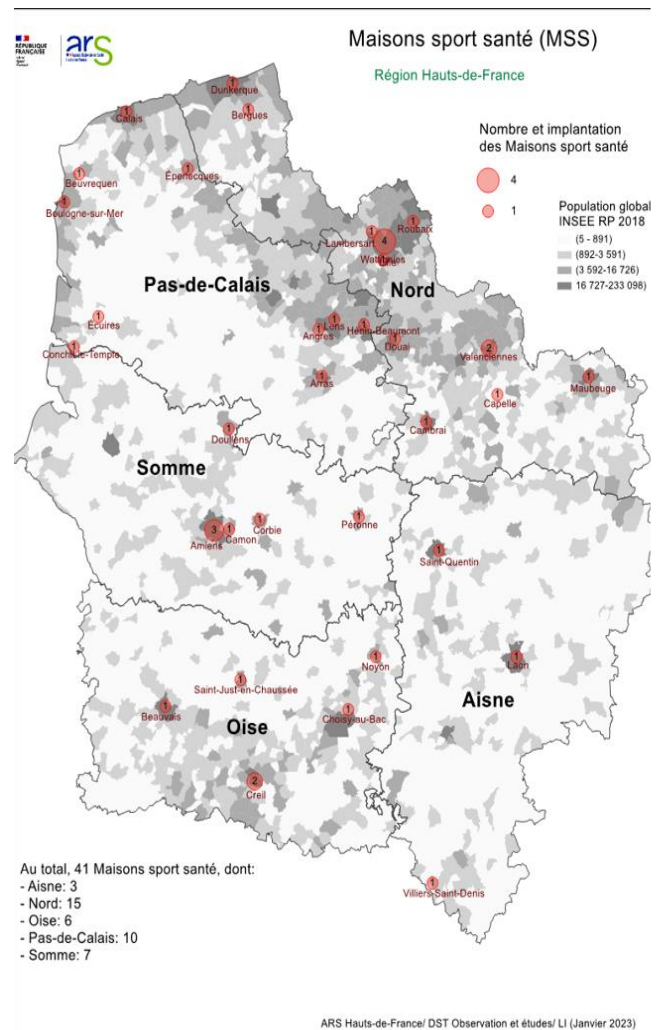
Figure 1 : Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2018 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins : 142 Mds € pour le Régime Général (167 Mds € pour l'ensemble des régimes)



**Annexe 3 : Impact de l'activité physique sur les différents systèmes** (Grosclaude et ziltner, 2010)



## Annexe 4 : Les Maisons sports santé dans les hauts de France (A.R.S Hauts de France)



Annexe 5 : Liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie ouvrant droit à la prescription d'activités physiques adaptées

31 mars 2023

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 33 sur 162

## Décrets, arrêtés, circulaires

### TEXTES GÉNÉRAUX

#### MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Décret n° 2023-235 du 30 mars 2023 fixant la liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie ouvrant droit à la prescription d'activités physiques adaptées

NOR : SPSP2308062D

**Publics concernés** : patients atteints d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risque et personnes en situation de perte d'autonomie, médecins, masseurs-kinésithérapeutes et autres professionnels de santé, professionnels du sport-santé.

**Objet** : fixer la liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie ouvrant droit à la prescription d'activités physiques adaptées.

**Entrée en vigueur** : le décret entre en vigueur le lendemain de sa publication.

**Notée** : la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France prévoit d'améliorer le recours à l'activité physique adaptée (APA) par l'élargissement des bénéficiaires au-delà des patients souffrant d'une affection de longue durée (ALD) auxquels la prescription d'APA était jusqu'ici réservée. Le présent décret fixe la liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie ouvrant droit à l'APA.

**Références** : le décret est pris pour l'application de l'article 2 de la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France. Le décret ainsi que les dispositions du code de la santé publique qu'il modifie, peuvent être consultés, dans leur version issue de cette modification, sur le site Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr>).

La Première ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la prévention et du ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées,

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1172-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 160-14 et D. 160-4,

Décète :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Après l'article D. 1172-1 du code de la santé publique, il est inséré un article D. 1172-1-1 ainsi rédigé :

« **Art. D. 1172-1-1.** – Sans préjudice de la liste des affections de longue durée établie à l'article D. 160-4 du code de la sécurité sociale, la liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie ouvrant droit à la prescription d'une activité physique adaptée est fixée comme suit :

« 1<sup>o</sup> Les maladies chroniques ayant un retentissement sur la vie quotidienne, susceptibles de générer des incapacités, voire des complications graves, et nécessitant une prise en charge au long cours ;

« 2<sup>o</sup> Les facteurs de risque tels qu'une condition, une pathologie ou un comportement augmentant la probabilité de développer ou d'aggraver une maladie ou bien de souffrir d'un traumatisme, notamment le surpoids, l'obésité, l'hypertension artérielle, la dénutrition, la sédentarité, les dyslipidémies, et les conduites addictives ;

« 3<sup>o</sup> Les situations de perte d'autonomie dues au handicap ou au vieillissement suivantes :

« a) La personne est bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« b) La personne est bénéficiaire de l'aide à domicile mentionnée à l'article L. 231-1 du même code ;

« c) La personne est bénéficiaire d'un droit attribué par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 146-9 du même code ;

« d) La personne est titulaire de la carte "mobilité inclusion" mentionnée à l'article L. 241-3 du même code ;

« e) La personne a réalisé un dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge révélant une fragilité. »

**Art. 2.** – Le ministre de la santé et de la prévention, le ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées et la ministre déléguée auprès du ministre de la santé et de la prévention, chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 30 mars 2023.

ÉLISABETH BORNE

Par la Première ministre :

*Le ministre de la santé  
et de la prévention,*

FRANÇOIS BRAUN

*Le ministre des solidarités, de l'autonomie  
et des personnes handicapées,*

JEAN-CHRISTOPHE COMBE

*La ministre déléguée auprès du ministre de la santé  
et de la prévention, chargée de l'organisation territoriale  
et des professions de santé,*

AGNÈS FIRMIN LE BODO

## Annexe 6 : Demande d'étude auprès du D.P.O



### RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

#### Responsable du traitement

<b>Nom</b> : Université de Lille	<b>SIREN</b> : 130 029 754 00012
<b>Adresse</b> : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	<b>Code NAF</b> : 8542Z <b>Tél.</b> : +33 (0) 3 62 26 90 00

#### Traitement déclaré

<b>Intitulé</b> : L'activité physique dans les pathologies chroniques stabilisées
<b>Référence Registre DPO</b> : 2023-198
<b>Responsable scientifique</b> : Mme Mélanie SEILLIER <b>Interlocuteur</b> : M. Rudy DELALÉ

Fait à Lille,

Le 7 décembre 2023

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

## Annexe 7 : Accord du D.P.O



### L'activité physique dans les pathologies chroniques stabilisées

Entité : ULille Travaux étudiants  
Domaine : Formation initiale et continue tout au long de la vie

Description générale					
Nom du traitement	Référence	Envisagé	Archivé	Date de création	Date de modification
L'activité physique dans les pathologies chroniques stabilisées	2023-198	Non	Non	04/12/2023	04/12/2023
<b>Description</b>					
Ce projet est réalisé dans le cadre d'un mémoire d'un étudiant infirmier en pratique avancée (IPA). Entretiens semi-dirigés avec des patients enregistrés sur dictaphone.					
<b>Structure opérationnelle</b>		Volumétrie			
Faculté Médecine		Entre 8 et 10			
<b>Origine de la collecte des données</b>		<b>Description de la source</b>			
Collecte directe		Entretien semi dirigés enregistrés - Patients recrutés sur place au sein d'un club de tennis débutant le sport santé, et Patients ayant bénéficié d'activité physique au sein d'une maison sport santé (Maubeuge) (recrutés sur place par la remise d'un document avec les coordonnées de l'étudiant).			

Supports	
Référence	Support
Dictaphone	Dictaphone numérique
ORDI PERSONNEL	Ordinateur portable personnel
Bureautique	Outils bureautique

Politiques	
Référence	Politique
ENR	Gestion des entretiens enregistrés

Acteurs						
Type d'acteur	Nom	Adresse	Code postal	Ville	Pays	Coordonnées contact
Délégué à la protection des données	Jean-Luc TESSIER	42 rue Paul Duez	59000	LILLE	France	dpo@univ-lille.fr
Responsable du traitement	Régis BORDET	42 rue Paul Duez	59000	LILLE	France	presidence@univ-lille.fr
Responsable chargé de la mise en oeuvre	Dominique LACROIX	42 rue Paul Duez	59 000	Lille	France	0320626900
Investigateur principal	Delalé Rudy	42 rue Paul Duez	59000	Lille	France	rudy.delale.etu@univ-lille.fr
Responsable scientifique	Seillier Mélanie	42 rue Paul Duez	59 000	Lille	France	melanie.seillier-ext@assurance-maladie.fr



Finalités			
Type de finalité	Fondement juridique	Description des finalités	Commentaire
Finalité principale	Exécution d'une mission d'intérêt public	Objectifs : - Identifier les facteurs, les résistances, les sentiments et les déterminants qui influence le comportement à la pratique d'une activité physique chez les patients porteurs de maladie(s) chronique(s). - Si le médecin fait une prescription d'activité physique, le patient en fait plus facilement ? - Est-ce que le dispositif de la prescription de sport santé est utilisé ? - Tester l'offre d'activité physique : types, différentes activités, horaires, distance géographique.	

Personnes concernées	
Catégorie de personnes concernées	Commentaires
Tiers	Patients pratiquant une activité physique sport santé dans le club de tennis d'Avesnes sur Helpe, ou au sein de la maison sport santé de Maubeuge.

Destinataires	
Service interne qui traite les données	
Destinataire	RS
Commentaire	Responsable scientifique
Service interne qui traite les données	
Destinataire	etu
Commentaire	Investigateur principal

Données à caractère personnel	
Etat-civil, identité, données d'identification	
DCP	Coordonnées, nom et prénom
Destinataire des DCP	RS, etu
Finalité	Objectifs : - Identifier les facteurs, les résistances, les sentiments et les déterminants qui influence le comportement à la pratique d'une activité physique chez les patients porteurs de maladie(s) chronique(s). - Si le médecin fait une prescription d'activité physique, le patient en fait plus facilement ? - Est-ce que le dispositif de la prescription de sport santé est utilisé ? - Tester l'offre d'activité physique : types, différentes activités, horaires, distance géographique.
Durée de conservation	Jusqu'à la soutenance du mémoire/de la thèse
Données concernant la santé <span style="float: right;">Sensible</span>	
DCP	Retranscription des résultats des entretiens
Destinataire des DCP	RS, etu
Finalité	Objectifs : - Identifier les facteurs, les résistances, les sentiments et les déterminants qui influence le comportement à la pratique d'une activité physique chez les patients porteurs de maladie(s) chronique(s). - Si le médecin fait une prescription d'activité physique, le patient en fait plus facilement ? - Est-ce que le dispositif de la prescription de sport santé est utilisé ? - Tester l'offre d'activité physique : types, différentes activités, horaires, distance géographique.
Durée de conservation	Jusqu'à la soutenance du mémoire/thèse
Autre	
DCP	Enregistrements audio anonymisés (entretiens individuels)
Destinataire des DCP	RS, etu
Finalité	Objectifs : - Identifier les facteurs, les résistances, les sentiments et les déterminants qui influence le comportement à la pratique d'une activité physique chez les patients porteurs de maladie(s) chronique(s). - Si le médecin fait une prescription d'activité physique, le patient en fait plus facilement ? - Est-ce que le dispositif de la prescription de sport santé est utilisé ? - Tester l'offre d'activité physique : types, différentes activités, horaires, distance géographique.

## Données à caractère personnel

Durée de conservation	Illimitée
-----------------------	-----------

## Mesures de nature juridique

Finalité : finalité déterminée, explicite et légitime	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Fiche de mémoire/thèse validée
Minimisation : réduction des données à celles strictement nécessaires	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Guide d'entretien
Durées de conservation : durée nécessaire à l'accomplissement des finalités, à défaut d'une autre obligation légale imposant une conservation plus longue	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Les durées de conservation sont déterminées.
Information : respect du droit à l'information des personnes concernées	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Voir lettre d'informations.
Droit d'opposition : respect du droit d'opposition des personnes concernées	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Il s'exerce auprès de l'étudiant ou du DPO.
Droit d'accès : respect du droit des personnes concernées d'accéder à leurs données	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Il s'exerce auprès de l'étudiant ou du DPO.
Droit de rectification : respect du droit des personnes concernées de corriger leurs données et de les effacer	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Il s'exerce auprès de l'étudiant ou du DPO.
Droit à la limitation : respect du droit à la limitation des traitements des données à caractère personnel	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Il s'exerce auprès de l'étudiant ou du DPO.
Droit à ne pas faire l'objet d'une décision entièrement automatisée	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Non concerné.

## Mesures organisationnelles

Gestion des risques	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Utilisation de l'adresse mail institutionnelle dans le cadre des échanges (et non pas de l'adresse mail personnelle).
Gestion des risques	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	L'enregistrement est transféré le jour même sur un espace chiffré du disque dur de l'ordinateur portable de l'étudiant puis supprimé du dictaphone.
Gestion des risques	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Les enregistrements sont retranscrits en garantissant l'anonymat des échanges.
Gestion des risques	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Toutes les données identifiantes sont supprimées à l'issue de la soutenance.

## Mesures organisationnelles

### Gestion des projets

Périmètre	Spécifique
Description et justification	Suppression de l'ensemble des échanges par mail ou téléphone (appels, messages envoyés et reçus) à l'issue de la soutenance.

## Facteurs de risque

### Facteurs de risque

Données sensibles	Oui
Sensibilité	
Traitement sensible :	Non
Traitement exonéré :	Non
Justification :	

## Pièces justificatives

### Description

Documents joints
Formulaire
Documents joints mail

## **Annexe 8 : Guide d'entretien**

### GUIDE D'ENTRETIEN

#### Propos introductifs

Bonjour, je m'appelle delalé rudy, je suis EIPA en 2ème année et je mène une enquête sur le sport santé dans le cadre de mon mémoire de recherche. Acceptez-vous de répondre à quelques questions ? Cela vous prendra quelques minutes au plus une vingtaine de minutes. Je prendrai des notes et j'enregistre nos échanges pour garder une trace de vos réponses. Vos réponses seront traitées de manière anonyme. À tout moment, vous aurez le droit de supprimer les informations vous concernant en me contactant : 06/21/19/06/84

Age :

Pathologie :

Genre :

Profession :

Ancienneté dans le sport santé :

Question 1 : Pratiquez-vous une activité physique avant d'avoir une pathologie (avant de savoir que vs étiez malade) ?

Si oui depuis combien de temps exercez-vous vous cette activité physique ?

Question 2 : Votre médecin a-t-il pris du temps pour vous expliquer les bénéfices de l'activité physique sur votre santé en général ou sur votre pathologie ?

Auriez-vous besoin de plus d'informations ? (Par un autre professionnel ?)

Question 3 : Avez-vous bénéficié d'une prescription ? Si oui, par qui ?

Question 4 : Pourquoi pratiquez-vous de l'activité physique ? Quels bénéfices ? Quelles sont vos motivations à pratiquer l'activité physique ?

Question 5 : Selon vous, quels sont les freins à l'activité physique ? Pourquoi, selon-vous, peu de personnes pratiquent de l'activité physique ?

Question 6 : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

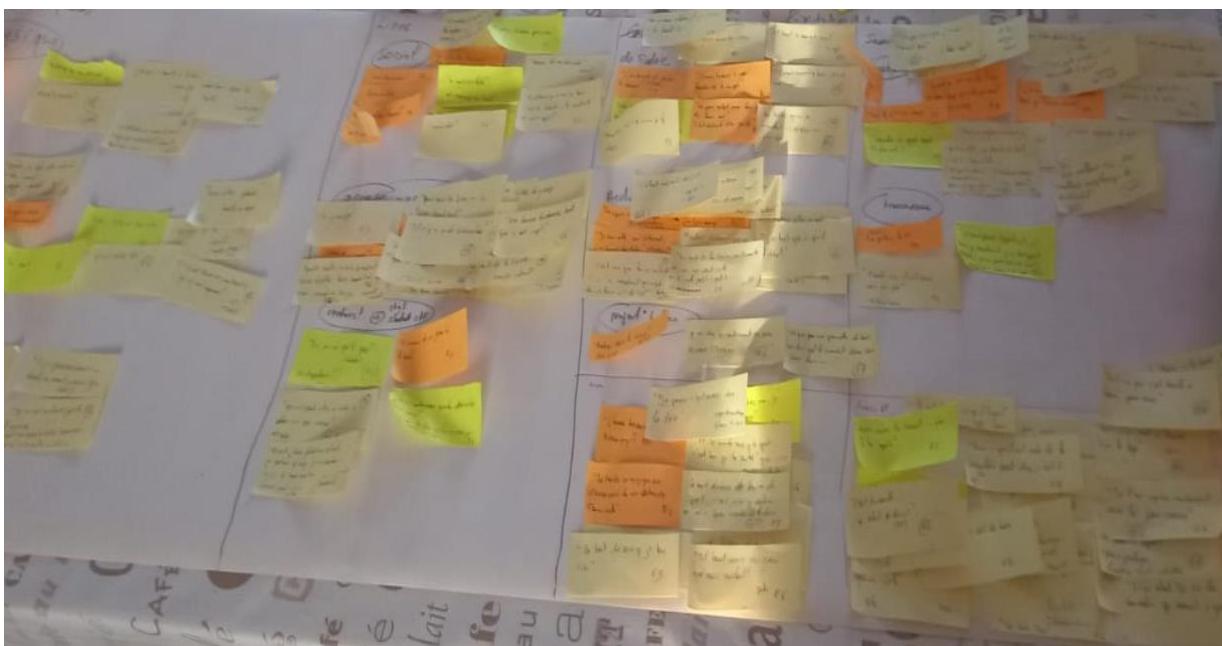
## **Annexe 9 : Document remis aux participants de l'étude**

Bonjour,

Je m'appelle Delalé rudy, étudiant infirmier en Pratique avancée.

Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur l'activité physique dans les pathologies chroniques. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les facteurs liés à la pratique d'une activité physique. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez suivre ou avoir suivi un programme d'activité physique ou de sport de santé. Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment. Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant. Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire/thèse. Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2023-198 au registre des traitements de l'Université de Lille. Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr). Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL. Merci à vous! Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : [rudy.delale.etu@univ-lille.fr](mailto:rudy.delale.etu@univ-lille.fr)

## **Annexe 10 : Organisation des expressions par thèmes et sous-thèmes**



## **Annexe 11 : Grille COREQ (Gedda, 2015)**

### Domaine 1 : Equipe de recherche et réflexion

#### - Caractéristiques personnelles

- 1) Enquêteur/animateur : Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ? Le chercheur a mené les entretiens semi-individuels
- 2) Titres académiques : Quels étaient les titres académiques du chercheur ? L'activité physique dans les pathologies chroniques.
- 3) Activité : Quelle était leur activité au moment de l'étude ? Étudiant infirmier en pratique avancée
- 4) Genre : Le chercheur était-il un homme ou une femme ? Homme
- 5) Expérience et formation : Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? Novice, une expérience lors d'un exercice de travail de recherche en étude

#### - Relations avec les participants

- 6) Relation antérieure : Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant de commencer l'étude ? 3 participants connus de « visage »
- 7) Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur : Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Connaissance sur la fonction et le statut d'étudiant en pratiques avancées, recherche dans le cadre du mémoire de fin d'étude
- 8) Caractéristiques de l'enquêteur : Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Infirmier depuis 18ans, Actuellement en étude d'Infirmier en Pratique Avancée

### Domaine 2 : Conception de l'étude

#### - Cadre théorique

- 9) Orientation méthodologique et théorique : Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Analyse Hypothético déductive

#### - Sélection des participants

- 10) Échantillonnage : Comment ont été sélectionnés les participants ? Patients pratiquant de l'activité physique adapté en sport santé
- 11) Prise de contact : Comment ont été contactés les participants ? Après accord sur demande des présidents
- 12) Taille de l'échantillon : Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? 8 participants
- 13) Non-participation : Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonnées ? Raisons ? 0

#### - Contexte

- 14) Cadre de la collecte des données : Ou les données ont-elles été recueillies ? Sur les lieux de pratique de l'activité
- 15) Présence de non participants : Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? Non

16) Description de l'échantillon : Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Patients porteurs de pathologies chroniques et pratiquant du sport santé

- Recueil des données

17) Guide d'entretien : les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Oui pour certaines

Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? Guide élaboré par l'auteur avec le directeur de mémoire. Le guide a été testé sur une personne avant l'utilisation

18) Entretiens répétés : Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui combien de fois ? Oui

19) Enregistrement audio-visuel : Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? Enregistrement audio sur dictaphone

20) Cahier de terrain : Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ? Note prise à la fin de l'entretien

21) Durée : Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ? Entre 11,5 mn et 22 mn

22) Seuil de saturation : le seuil de saturation a-t-il été discuté ? Oui

Seuil discuté et validé avec le directeur de mémoire ? Oui

23) Retour des retranscriptions : les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? Non, il a été précisé que les données étaient anonymisées.

Domaine 3 : Analyse et résultats

- Analyse des données

24) Nombre de personnes codant les données : Combien de personnes ont codés les données ?

Une seule

25) Description de l'arbre de codage : Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? Oui

26) Détermination des thèmes : Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?

Ils ont été déterminés à partir des données

27) Logiciel : Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? NVivo

28) Vérification par les participants : les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? Non pas les participants, mais les présidents des clubs oui

- Rédaction

29) Citations présentées : Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Oui

Chaque citation était-elle identifiée ? Oui

30) Cohérence des données et des résultats : Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? Oui

31) Clarté des thèmes principaux : Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? Oui

32) Clarté des thèmes secondaires : Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? Oui



## Annexe 12 : Liste des professionnels de Sambre Avesnois pratiquant l'A.P.A

### LES BÉNÉFICES :

AP va améliorer la santé sur plusieurs points :

- la fatigue,
- le sommeil,
- la conditions physique,
- la résistance à l'effort,
- l'autonomie,
- la qualité de vie,
- la confiance en soi,
- le mieux vieillir,
- un "rôle actif" du patient dans la gestion de sa maladie.

Avec la diminution :

- de l'anxiété, le stress, les risques de dépressions,
- l'obésité et par conséquent le diabète
- réduire les risques cardiovasculaires
- et la réduction de l'essoufflement.

### L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

L'activité physique adaptée (APA) est une thérapeutique non médicamenteuse validée sur des données probantes dans de nombreuses pathologies chroniques et états de santé. L'APA se justifie pour les personnes incapables de pratiquer des activités physiques (AP) ou sportives ordinaires en autonomie et en sécurité, et considérées comme physiquement « inactives », car n'ayant pas un niveau d'AP conforme aux recommandations de l'OMS

### POURQUOI EN FAIRE ?

La pratique d'une activité physique adaptée a comme objectif d'aider une personne à 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.



### PISCINES :

L'Émeraude, à Louvroil :  
03 27 57 87 53

- ▶ Hippocampes Hautmontais : (natation)  
loqueneux.marie-jose@gmail.com
- L'Aligade, à Aulnoye-Aymeries : (Aquabike, Aquakide, ...) 03 27 62 38 65
- ▶ Natation club albatros :  
03 27 62 74 55 / 06 74 26 97  
99cnalbatrosaulnoyeaymeries@gmail.com
- Piscine de Bousois-Requignies : (Aquagym, Aquabike, ...) 03 27 66 74 31
- Piscine Pierre de Coubertin, à Jeumont : (Aqua jogging, Aquafitness, ...) 03 27 39 43 24
- Piscine de l'Épinette, à Maubeuge : (Aquaphobie, Handisport et Sport Santé, Aquagym, ...) 03 27 64 85 19

### ASSOCIATIONS/COACHS SPORTIF :

**AP2A** : Salle des Fêtes, Place Marcel HARDY à Avesnesles  
06 76 40 96 09 /  
centrep2a@gmail.com/lovelace.fabien@gmail.com  
**APAVAL'S** : 07 67 01 93 53 - 07 65 52 05 03  
Valenciennes/Cambrai  
**SIEL BLEU** : alexandra.brabant@sielbleu.org  
**COACH ME** : Secteur Maubeuge et alentours  
(maxi 30km) coachmilllevilleelodie.com  
**COMITE HANDI** : hondisport.nord@gmail.com  
**HANDI SPORT ADDICT** : oudade.outloutat@hotmail.fr

### SPORTS DIVERS :

**Boccia et Sarbacane, à Jeumont** :  
0674095885 / handiaddict59@gmail.com  
**Brain Ball, à Jeumont** : bycoach59@gmail.com  
**Pétanque, randonnée pédestre, activités motrices, tennis de table et natation adapté, (DSAA) à Maubeuge** :  
06 78 09 56 89 / 06 45 65 70 15 eric.cordelolaisfr.fr  
**Escrime, à Maubeuge** : maubeuge.escrime@gmail.com  
**GEA Les Norviennes (Gymnastique d'Entretien pour Adultes), à Maubeuge** :  
03 27 62 43 40 / allardwewanadoo.fr  
**Graine de Rugby, à Maubeuge** :  
grainederugby@gmail.com  
**Vélo, ADAV Sambre Avesnois à Maubeuge** :  
raybaueoutlook.fr  
**Sport santé Sambre Avesnois à Elesmes** :  
06.77.42.22.27 / brigitte.laitem@orange.fr  
**Equithérapie, à Landrecies** :  
06 63 45 71 73 / lenneanatotale@gmail.com  
**Handball Sambre, à Aulnoye-Aymeries** :  
07.81.48.78.65 / erwannjanhanbballeoutlook.fr  
**Handisport Basket, à Aulnoye-Aymeries** :  
marietheresolietardesfr.fr  
0327664115 / 0613031428  
**Boxe française adapté, à Pont-sur-Sambre** :  
youssef.hamrani@gmail.com  
**Moment de Danse, à Bachant** :  
06 15 41 09 20 / momentsdedanse@gmail.com  
**Danses modernes fourmisiennes, à Fourmies** :  
noemieserouartlossoneorange.fr  
**HANDENSEMBLE, à Fourmies/Wignehies** :  
bruno.frigoeorange.fr  
**Equithérapie, ECURIES DE LA DEMI LIEUE, à Trélon** :  
06 79 10 73 74  
**Equithérapie, Le Pont de Sains, à Féron** :  
03 27 60 83 85  
**Tennis, à Avesnes-sur-Helpe** :  
christian.castel0367eorange.fr  
**Zumba adaptée ARTS DANCE, à Avesnes-sur-Helpe** :  
maelyscontete7@gmail.com  
**TIR A L'ARC, à Marpent** : o.prissetteorange.fr  
**Boccia, à Chimay** :  
0477/39.10.78 / thierry.lecocq@mc.be

### ACTIVITÉ ASSOCIATION SPORTIF SPORT ADAPTÉ

### PROCHE DE CHEZ MOI ?

L'objectif de cette brochure est de vous permettre de découvrir en sortant ou pendant votre prise en charge les différents clubs/associations sportives adaptés proche de chez vous. Ainsi, cela va vous permettre d'être autonome dans votre prise en charge, de maintenir ou améliorer votre état de santé et diminuer votre sédentarité.

### Annexe 13 : Tableau questions/réponses aux freins et à la pratique de l'AP (H.A.S)

Ce tableau reprend, à titre d'exemple, les principales objections opposées à la pratique d'une AP et propose des pistes de réponses. Le médecin peut s'en inspirer, mais les conseils doivent être adaptés au patient et à son environnement.

Tableau 11. Obstacles ressentis et conseils

Les obstacles ressentis	Les conseils à prodiguer
<b>Trop vieux</b>	<p>Mettre l'accent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les bienfaits de l'AP et ses effets sur la qualité de vie et l'indépendance fonctionnelle</li> <li>- l'amélioration des capacités d'adaptation à l'effort quel que soit l'âge</li> <li>- l'aide potentielle à la socialisation (plaisir de partager avec d'autres personnes, de passer un moment agréable)</li> <li>- la qualification des professionnels qui pourront adapter individuellement la pratique de l'AP</li> <li>- lever l'ambiguïté entre le sport et l'AP sans notion de performance</li> </ul>
<b>Manque d'intérêt</b>	<p>Mettre l'accent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la diversité des AP, le caractère ludique</li> <li>- le lien social, la possibilité de rencontrer des nouvelles personnes et de profiter de nouveaux environnements (nature, infrastructures)</li> <li>- les bénéfices pour la santé, la condition physique et le maintien de l'autonomie</li> </ul>
<b>Effort trop important /Trop fatigué</b>	<p>Mettre l'accent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le rôle de l'AP sur la réduction de la sensation de fatigue et d'essoufflement</li> <li>- le rôle de l'AP sur le sommeil</li> <li>- le rôle de l'inactivité physique sur le déconditionnement (spirale : moins je bouge -&gt; moins je suis capable de bouger -&gt; moins j'ai envie de bouger)</li> <li>- la progressivité de la pratique : un effort faible/modéré est bénéfique s'il est fait régulièrement</li> </ul>
<b>Manque de temps</b>	<p>Mettre l'accent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les déplacements actifs (marche, vélo, escaliers) qui sont facilement mobilisables</li> <li>- le modèle gagnant-gagnant des AP de la vie quotidienne</li> <li>- le fractionnement des périodes d'AP tout en gardant ses effets bénéfiques sur la santé</li> <li>- les effets de l'AP sur la santé et la condition physique même pour des volumes et/ou intensités réduits</li> </ul>
<b>Météo défavorable</b>	<p>Mettre l'accent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les effets des AP de la vie quotidienne (ménage, bricolage, etc.)</li> <li>- les AP à domicile</li> <li>- les AP en centre sportif</li> </ul>
<b>Déplacements difficiles</b>	<p>Mettre l'accent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la possibilité de pratique proche de chez soi</li> <li>- la pratique d'AP en groupe avec son entourage (déplacement en groupe)</li> <li>- les AP à domicile, au besoin avec l'aide des nouvelles technologies</li> <li>- l'effet de l'AP sur l'amélioration des déplacements à moyen terme</li> </ul>

Les obstacles ressentis	Les conseils à prodiguer
<b>Coût trop élevé</b>	Mettre l'accent sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- certaines AP comme la marche sont gratuites</li> <li>- faire de l'exercice chez soi ne coûte rien (exemple : exercices avec le poids du corps)</li> <li>- des programmes d'APA peuvent être subventionnés par les villes ou les complémentaires-santé, etc.</li> </ul>
<b>Crainte des blessures/de douleurs</b>	Mettre l'accent sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les périodes d'échauffement et de récupération</li> <li>- la progressivité en intensité et en volume du programme d'AP</li> <li>- les exercices d'assouplissement, l'échauffement des muscles</li> <li>- une bonne position pendant l'AP en faisant attention au dos et aux genoux</li> <li>- des professionnels de l'APA qui préviennent l'apparition de douleurs et de blessures</li> <li>- écouter les signaux de son corps sans dépasser ses limites</li> </ul>
<b>Isolement/faible réseau social</b>	Mettre l'accent sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- sollicitez votre entourage, vos proches, vos connaissances et demandez-leur s'ils pratiquent une AP</li> <li>- pratiquez une AP avec eux en salle de sport, à proximité de chez vous ou de votre travail. Certains professionnels interviennent également à domicile</li> <li>- n'oubliez pas qu'il existe des portes ouvertes organisées par la ville (associations, clubs de sport, etc.) et des périodes d'essai</li> </ul>



**Auteur : DELALÉ Rudy ; Soutenance le 02/07/2024 à 14h.**

**Titre du mémoire :** Étude de la prescription et des facteurs à la pratique de l'activité physique chez les patients atteints de pathologies chroniques sur le territoire Sambre Avesnois.

**Title :** Study of the Prescription and Factors Influencing the Practice of Physical Activity in Patients with Chronic Pathologies over the Sambre Avesnois Territory.

**Mots-clés :** pathologies chroniques, activité physique, sport santé, prescription.

**Keys words:** chronic pathology, physical activity, health sport, prescription.

**Résumé :**

**Contexte :** Un tiers de la population française est concerné par une pathologie chronique, et les bienfaits de l'activité physique sur ces maladies ne sont plus à démontrer. L'objectif principal de cette étude est d'identifier les différents facteurs influençant les comportements à la pratique de l'activité physique chez les personnes atteintes de pathologies chroniques. La prescription est un outil pour les encourager et en faciliter l'accès.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude qualitative prospective. La population d'étude concerne des personnes atteintes de pathologies chroniques, pratiquant une activité physique adaptée auprès d'un club de tennis ou auprès d'une maison sport santé, avec ou sans prescription. Un guide semi-directif a été utilisé pour diriger l'entretien.

**Résultats :** Un apport bénéfique de l'activité physique est ressenti par les personnes atteintes de maladies chroniques, grâce au lien social et aux compétences psychosociales développées. Néanmoins, l'offre semble être insuffisante ainsi que la communication pour accéder au sport santé. La prescription ne semble pas être indispensable.

**Discussion et conclusion :** La pratique de l'activité physique a des déterminants multiples et interdépendants reliés entre eux, qu'ils soient cognitifs, motivationnels, économiques, organisationnels ou temporels. L'infirmier en pratique avancée, par ses connaissances élargies et le nombre conséquent de patients amenés à être vus dans les diverses pathologies chroniques doit être un promoteur de l'activité physique et de ses bienfaits que ce soit sur orientation ou prescription. C'est un binôme complémentaire du médecin pour discuter de ce traitement non pharmacologique, et pour que ces patients s'en approprient tous les bénéfices et améliorent leur qualité de vie.

**Abstract:**

**Background :** A third of the French population is affected by a chronic pathology, and the profits of physical activity are no longer to be demonstrated. The main objective of this study is to identify the different factors influencing physical activity behaviours in people with chronic pathologies. Prescription is a tool to encourage them and facilitate access.

**Method :** This is a prospective qualitative study. The study population applies to people with chronic pathologies, practicing an adapted physical activity at a tennis club or at a sports and health center with or without a prescription. A semi-directive guide was used to conduct the interview.

**Results :** A beneficial impact of physical activity is felt by people with chronic diseases, thanks to the social link and psychosocial skills developed. However, the availability seems insufficient, as well as the communication to access health sports. The prescription does not seem to be essential.

**Discussion and conclusion:** The practice of physical activity has multiple and interdependent determinants, whether cognitive, motivational, economic, organizational, or temporal. The advanced practice nurse, with their extensive knowledge and the significant number of patients that they see with various chronic pathologies, must be a promoter of physical activity and its benefits, whether through guidance or prescription. They serve as a complementary partner of doctors to discuss this non-pharmacological treatment, and ensuring that patients fully reap its benefits and improve their quality of life.