
**bŷ Evaluation des facteurs qui influencent l'adhésion à l'
bŷ ordonnance » au Centre de Santé de l'Amblève.**

Auteur : Hayen, David

Promoteur(s) : 7909; Charlier, Nathan

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Année académique : 2018-2019

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/7379>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Evaluation des facteurs qui influencent l'adhésion à l'action pilote « sport sur ordonnance » au Centre de Santé de l'Amblève.

Mémoire présenté par **HAYEN David**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en gestion des institutions de soins
Année académique 2018 - 2019

Evaluation des facteurs qui influencent l'adhésion à l'action pilote « sport sur ordonnance » au Centre de Santé de l'Amblève.

Promoteur : Nathan CHARLIER

Co-Promoteur : Samuel BOURS

Mémoire présenté par **HAYEN David**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en gestion des institutions de soins
Année académique 2018 - 2019

Remerciements	
Liste d'abréviations.....	
Résumé.....	1
Abstract.....	2
1. Préambule	3
2. Introduction	3
2.1. Les maladies chroniques, un fléau pour la santé.....	3
2.2. Les maladies chroniques: interventions et stratégies	3
2.3. L'activité physique : un déterminant de santé.....	5
2.4. Recommandations en terme d'activité physique	5
2.5. Barrières à la pratique d'activité physique	6
2.6. "Exercise Is Medicine"	6
2.7. Le projet pilote "Sport sur ordonnance"	7
2.7. Question de recherche.....	9
2.8. Objectifs de recherche	9
3. Matériel et méthodes	9
3.1. Type d'étude	9
3.2. Population étudiée	10
3.3. Méthode d'échantillonnage	10
3.4. Taille de l'échantillon.....	11
3.5. Paramètres étudiés	11
3.6. Méthode de récolte des données	11
3.6.1. Outil de la collecte de données.....	11
3.6.2. Organisation et planification de la collecte des données.....	12
3.6.3. Passation des entretiens	12
3.7. Méthode d'analyse des données.....	13
3.8. Critères de qualité.....	15
3.8.1. Critères méthodologiques	15
4. Résultats	16
4.1. Profil des participants de la recherche	16
4.2. Thèmes.....	16
4.2.1. Aspect physique et mental.....	17
4.2.3. Aspect social	19
4.2.4. Aspect financier	21
4.2.5. Aspect organisationnel, encadrement et suivi	22

5. Discussion, perspectives et conclusion.....	26
5.1. Le tableau de synthèse des facteurs motivationnels et des freins identifiés	26
5.2. Comparaisons avec des études similaires	27
5.3. Bénéfices physiologiques liés à une pratique d'activité physique régulière	27
5.4. Bénéfices psychologiques liés à une pratique d'activité physique régulière	28
5.5. Impact social engendré par la pratique d'activité physique régulière	29
5.6. L'aspect financier: facteur motivationnel indispensable à la pratique d'activité physique	30
5.7. L'encadrement: ciblé ou groupé?	31
5.8 La prescription médicale: l'écrit prévaut sur l'oralité.	32
5.9. Le temps: une gestion complexe.....	33
5.10. Evaluation et suivi insuffisant	34
5.11. Limites et biais de l'étude	34
5.12. Conclusions	36
6. Bibliographie.....	37
Annexes	42

Remerciements

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire.

Premièrement, c'est avec sincérité que je remercie énormément Monsieur Nathan Charlier ainsi que Monsieur Samuel Bours, respectivement promoteur et co-promoteur, pour leur disponibilité et leurs précieux conseils qui m'ont guidé dans ce travail et qui m'ont permis d'avancer.

Deuxièmement, je tiens à remercier tous les patients qui ont accepté de répondre à mes interviews et qui m'ont accordé de leur temps. Ce travail n'aurait aucun sens et n'aurait jamais pu aboutir sans vous.

Troisièmement, je remercie également les membres du personnel du Centre de Santé de l'Amblève d'Aywaille de m'avoir permis d'occuper vos locaux durant la réalisation d'interviews.

Enfin, je suis reconnaissant envers mes proches, amis, famille, qui m'ont aidé et motivé tout au long de l'élaboration du mémoire.

Liste d'abréviations

AP : Activité physique

CSA: Centre de Santé de l'Amblève

EoP: Exercice on Prescription

EIM: Exercice Is Médecine

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

Résumé

Problématiques: Au XXI^e siècle, la sédentarité est l'un des problèmes de Santé publique les plus importants. Un taux important de maladies chroniques est attribuable à cette sédentarité. De plus, les maladies chroniques sont la principale cause de décès dans le monde. Malgré un nombre croissant de preuves concernant les impacts épidémiologiques et économiques, la réponse mondiale au problème reste insuffisante. Plusieurs initiatives stratégiques mondiales et nationales ont été développées pour promouvoir un mode de vie sain, en particulier les interventions visant à augmenter l'activité physique dans tous les groupes d'âge. Parmi ces interventions, le projet pilote « Sport sur ordonnance » du Centre de Santé de l'Amblève d'Aywaille a débuté l'été 2018. Celui-ci consiste à prescrire de l'activité physique (AP) sur ordonnance aux patients inscrits dans un contexte de maladie chronique. Ainsi, les participants ont la possibilité de pratiquer à raison de 2 fois par semaine, une activité physique encadrée par des professionnels de la santé.

Méthodologie: Il s'agit d'une étude de type qualitatif avec une démarche interprétative. Au moyen d'entretiens individuels semi-directifs, les représentations en matière d'AP et le vécu des participants sont explorés. Ces entretiens permettent de comprendre les facteurs qui influencent l'adhésion ou non à ce projet. La population étudiée est constituée de patients du Centre de Santé de l'Amblève ayant été intégrés à l'action « Sport sur ordonnance » entre septembre 2018 et mars 2019.

Résultats: L'analyse des résultats a permis de mettre en évidence des facteurs motivationnels à la participation au programme. Parmi ceux-ci, il y a le bien-être physique et mental, la cohésion de groupe et la convivialité des séances, les rencontres, l'encadrement par des professionnels ou encore la gratuité du programme. Néanmoins, des obstacles sont également évoqués par les participants tels que l'encadrement inadapté, le suivi des séances insuffisant ou encore les horaires inadéquats.

Conclusion: Ce projet pilote s'inscrit dans un contexte alarmant de lutte contre la sédentarité et les maladies chroniques. Il faut continuer à progresser afin d'atteindre un programme idéal et que ce type d'initiatives s'élargisse au-delà du niveau local afin de motiver la population à bouger.

Mots clés: activité physique ; prescription ; programme ; maladies chroniques ; sédentarité

Abstract

Problematic: Chronic diseases are the main cause of death worldwide. Despite growing evidences of their epidemiological and economic impact, the global reaction to the problem remains insufficient. With regard to this problem, sedentary lifestyle is one of the most important public health challenge in the 21st century. Several strategic initiatives, globally and nationally, were developed to promote a healthy lifestyle, especially interventions that increase physical activity in all age groups. Among these interventions, the pilot project «Sport sur ordonnance » from the Amblève Health Center in Aywaille started in summer 2018. The program consists in prescribing physical activity (PA) to patients suffering from chronic illnesses. Participants are encouraged to practice a physical activity twice a week, supervised by medical professionals.

Methodology: This qualitative study employed a qualitative approach with semi-structured interviews during which self-image and personal experiences of participants were explored. The aim was to understand factors influencing adherence to the « Sport sur ordonnance » program. Study participants were recruited from the Amblève Health Center in Aywaille patients engaged in the “Sport sur ordonnance” intervention between September 2018 and March 2019.

Outcome: The analysis of the results revealed the importance of motivational factors for participation and adherence in the program. Among these, mental and physical well-being, group cohesion and sessions' conviviality, peer encounters, professional supervision or even free admission were identified.

Nonetheless, some obstacles were also raised by participants such as inappropriate coaching, limited follow-up of the sessions or even the unsuitable schedule.

Conclusion: This pilot project takes place in an alarming context of struggle against sedentary lifestyle and chronic diseases. Such initiatives should be refined until an ideal program is identified and implemented beyond the local communities to motivate the population to adopt an active lifestyle.

Key words: physical activity, prescription, program, chronic disease, sedentary lifestyle

1. Préambule

Étant infirmier de formation et travaillant au sein d'une maison médicale, c'est avec un intérêt particulier que le choix de m'orienter vers ce type de travail s'est fait. En effet, l'association entre le domaine de l'activité physique et les services de santé de première ligne est une manière de développer ma curiosité à ce sujet.

Ainsi, c'est important de comprendre l'organisation des services de santé de première ligne dans le but de les améliorer. A l'heure actuelle, les enjeux de Santé publique sont multiples. Parmi ceux-ci, il y a la lutte contre la sédentarité et les maladies chroniques. Ce défi sociétal a une place de plus en plus importante au sein de la population, c'est pourquoi la création du projet pilote "Sport sur ordonnance" prend tout son sens.

2. Introduction

2.1. Les maladies chroniques, un fléau pour la santé

Les maladies chroniques sont la principale cause de décès dans le monde. Malgré des preuves croissantes d'impact épidémiologique et économique, la réponse mondiale au problème reste insuffisante (Yach et al., 2004). En regard à cette problématique, la sédentarité est l'un des problèmes de Santé publique les plus importants du XXI^e siècle (Blair, 2009).

2.2. Les maladies chroniques: interventions et stratégies

Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement. Elles sont regroupées telles que : cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancers, affections respiratoires chroniques, diabète,... Au niveau des comportements individuels, il existe 4 facteurs principaux expliquant l'augmentation de ces maladies chroniques : l'usage du tabac, l'inactivité physique, l'usage nocif de l'alcool et les régimes alimentaires malsains (World Health Organization, 2018). Néanmoins, d'autres facteurs entrent en compte dans l'augmentation des maladies chroniques. En effet, des stratégies de prévention en matière de Santé publique ainsi que les progrès de la vaccination et de la médecine ont prolongé l'espérance de vie avec, comme conséquence, l'accroissement des maladies non transmissibles (Lunenfeld et al., 2013).

Plusieurs initiatives stratégiques mondiales et nationales ont été développées pour promouvoir un mode de vie sain, en particulier les interventions augmentant l'activité physique (AP) dans tous les groupes d'âge (Kruk, 2007). Les interventions visant à modifier les facteurs liés au régime alimentaire et au mode de vie comprennent l'éducation des individus, la modification de l'environnement et de l'approvisionnement alimentaire, la réalisation d'interventions communautaires et la mise en œuvre de politiques économiques. Au niveau des interventions éducatives dans le domaine de la santé, on retrouve les interventions de prestataires de soins de santé. Des essais d'interventions contrôlés visant à arrêter de fumer et à faire de l'AP ont montré que les conseils des médecins, en particulier s'ils étaient accompagnés de documents écrits à l'appui, pouvaient être efficaces pour modifier le comportement. Des études menées par des médecins sur le conseil alimentaire indiquent que même des messages brefs sur la nutrition peuvent influencer le comportement (Willett et al., 2002).

Les interventions les plus réussies dans la gestion des maladies chroniques impliquent que le médecin des soins primaires délègue, aux membres de l'équipe, la responsabilité de veiller à ce que les patients reçoivent des services de soutien clinique et d'autogestion avérés. Les interventions éducatives, visant à aider les patients à modifier leurs comportements à risque ou à devenir de meilleurs gestionnaires de soi, améliorent les résultats dans toute une série de maladies chroniques. Des interventions efficaces ont tendance à mettre l'accent sur l'acquisition de compétences plutôt que sur le savoir, et essaient systématiquement de renforcer la motivation des patients et leur confiance dans la gestion de leur état plutôt que de favoriser la dépendance. La plupart des médecins n'ont ni la formation ni le temps nécessaire pour conseiller sur le changement de comportement (Wagner, 2000).

L'une des stratégies principales, afin de diminuer le développement de maladies chroniques, est de lutter contre la sédentarité et de promouvoir l'AP. Ainsi, une définition de ces termes est nécessaire afin de mieux comprendre la situation.

2.3. L'activité physique : un déterminant de santé

L'AP est définie comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques entraînant une dépense énergétique (Caspersen et al., 1985). Il s'agit d'un domaine large qui comprend de l'exercice ainsi que d'autres activités impliquant des mouvements corporels et pratiquées dans le cadre de jeux, travaux, transports actifs, tâches ménagères et activités de loisirs (World Health Organization, 2018).

L'AP régulière est l'un des principaux déterminants de la santé. Il existe des preuves irréfutables de l'efficacité d'une AP régulière dans le traitement et la prévention primaire et secondaire de plusieurs maladies chroniques (Warburton et al., 2006). Ce n'est plus à prouver que les patients qui adoptent un mode de vie actif vivent plus longtemps, en meilleure santé et sont mieux. Quatre facteurs fondamentaux contribuent à l'état de santé général d'une personne : la génétique, l'environnement, l'accès aux soins de santé et le comportement. Ce dernier facteur est celui qui est le plus facilement modifiable mais, malgré cela, très peu d'efforts sont déployés pour sensibiliser le public aux dangers de l'inactivité physique et conseiller aux patients inactifs de commencer à faire de l'AP (Sallis, 2015).

2.4. Recommandations en terme d'activité physique

Il est évident que l'AP est essentielle à la prévention des maladies chroniques et des décès prématurés. Cependant, le doute persiste quant à la « quantité » optimale (fréquence, durée et intensité de l'exercice) et au volume minimal d'avantages pour la santé. Actuellement, la plupart des organisations et des professionnels de la santé préconisent un volume d'exercice minimum de 1 000 kcal (4 200 kJ) par semaine et reconnaissent les avantages supplémentaires liés à des dépenses énergétiques plus élevées (Warburton et al., 2006). De manière plus générale, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande à tous les adultes de viser 30 minutes d'AP modérée par jour pendant au moins cinq jours sur une semaine (Nunan et al., 2013).

En 2008, les recommandations de l'US DHHS¹ énoncent comme principes généraux: une activité vaut mieux que pas d'activité; de nombreux avantages pour la santé augmentent avec l'intensité, la fréquence et/ou la durée de l'activité; les bienfaits de l'activité physique sur la santé l'emportent largement sur les risques pour la santé; les bienfaits de l'activité physique sur la santé sont indépendants du sexe, de la race et de l'ethnie. Celles-ci ont été largement adoptées par l'OMS dans ses recommandations mondiales sur l'AP publiées en 2010 concernant les enfants et les jeunes, les adultes et les personnes âgées (Oja & Titze, 2011).

2.5. Barrières à la pratique d'activité physique

Malgré ces recommandations, il semble y avoir une limite à la modification du mode de vie des patients pour réduire les facteurs de risque (Sørensen et al., 2006). Parmi les freins à l'AP, plusieurs auteurs considèrent le manque de temps (barrière externe) et le manque de motivation (barrière interne) comme les barrières les plus pertinentes à l'AP. Les barrières internes sont liées aux motivations personnelles des individus, contrairement aux barrières externes qui font référence aux infrastructures des quartiers et des communautés (Herazo-beltrán et al., 2017).

De plus, les patients peuvent se plaindre d'une limitation physique qui les empêche de faire de l'exercice régulièrement ou encore que l'exercice est simplement trop ennuyeux et qu'ils ne l'apprécient pas. Une tâche importante du médecin consiste à éliminer ces obstacles et à conseiller aux patients de faire de l'exercice une habitude et non une option (Sallis, 2015).

2.6. "Exercise Is Medicine"

Le concept « Exercise Is Medicine » (EIM) a été créé en Amérique du Nord en 2007. L'objectif de cette initiative est de faire de l'évaluation de l'AP et de la prescription d'AP un élément standard du paradigme de la prévention et du traitement de la maladie pour tous les patients (Sallis, 2015). Ainsi, dans le même ordre d'idées, les interventions « Exercice sur ordonnance » (EoP) sont utilisées de manière générale dans plusieurs pays afin d'initier un

¹U.S. Department of Health and Human Services

mode de vie physiquement actif chez les patients sédentaires présentant des signes de maladies associées au mode de vie (Sørensen et al., 2006).

L'EoP cible les populations de patients sédentaires. Cette intervention est définie comme une prévention secondaire personnalisée dans les soins de santé primaires impliquant le médecin généraliste ou d'autres professionnels de soins de santé primaires (Sørensen et al., 2006). Un problème est que la plupart des médecins prétendent déjà prescrire de l'exercice lorsqu'ils disent à leurs patients de «faire plus d'exercice» (Seth, 2014). Cela implique une intervention plus intensive que de simples conseils sur l'AP de la part du médecin généraliste (Sørensen et al., 2006). Afin de lutter contre les «non-réponses», l'adoption d'une approche plus individualisée de la prescription d'AP pourrait, à l'avenir, se révéler être un puissant outil de promotion de la santé envers la population (Pickering & Kiely, 2018).

2.7. Le projet pilote “Sport sur ordonnance”

Le projet pilote “Sport sur ordonnance” du Centre Santé de L’Amblève (CSA) à Aywaille a trouvé son influence en France où un projet similaire a été déployé en 2012 par l’Eurométropole de Strasbourg². Les personnes visées par cette action à Strasbourg sont celles étant éloignées de la pratique d'AP et atteintes de maladies telles que l'obésité, diabète de type II, maladies cardio-vasculaires, cancer du sein et du côlon en rémission, hypertension artérielle, VIH/sida, ainsi que les personnes âgées fragilisées dans le cadre de la prévention des chutes. Ainsi, le programme strasbourgeois mobilise des professionnels de santé et de l'AP depuis novembre 2012 afin de prescrire de l'AP aux patients qui le nécessitent, pour leur permettre d'améliorer leur état de santé. Après un examen médical, des médecins généralistes prescrivent de l'AP régulière et modérée à leurs patients. Ceux-ci, munis d'une ordonnance, prennent contact avec l'équipe sport-santé de la ville de Strasbourg qui va organiser les séances selon chaque patient³.

En termes de législation, il n'existe aucun texte de loi belge spécifique à prescription d'AP sur ordonnance. A l'inverse de la France où il existe un décret depuis décembre 2016

²<https://vitactiv.org/le-sport-sur-ordonnance>

³<https://www.strasbourg.eu/documents/976405/1560468/0/b418f431-08b5-5f8d-71b9-3fc48ea370b6>

permettant aux médecins traitants de prescrire de l'AP adaptée à des patients atteints d'une affection de longue durée.

Une étude qualitative concernant le programme strasbourgeois a d'ailleurs été réalisée en 2014. Celle-ci visait à déterminer les effets d'un programme de Santé publique innovant proposant des AP sur prescription médicale à des patients atteints de maladies chroniques. Ainsi, les résultats révèlent que cette initiative a impliqué une population très sédentaire qui commençait ou reprenait l'AP. De plus, les participants ont signalé des effets bénéfiques sur leur bien-être et ont souligné les avantages de la surveillance et de la participation à des activités avec d'autres patients (Gasparini et al., 2015).

Le projet pilote « Sport sur ordonnance » au CSA a débuté durant l'été 2018. Il s'agit d'une action faisant partie intégrante d'un projet plus global nommé « Chronicopôle » dont le CSA est partenaire. Ainsi, le projet « Chronicopôle » propose la création d'un pôle de référence pour les maladies chroniques accessible à tous les acteurs de la santé et de l'aide (patients, aidants proches, professionnels). Le but principal est l'amélioration du bien-être et de la santé de chacun dans le respect des principes d'équité, de solidarité et d'efficience. Il prend en compte tous les déterminants de la santé, dans le respect du projet de vie des patients malades chroniques. Il intègre notamment la centralisation des soins et des aides, la promotion de la santé, la recherche scientifique ainsi qu'un modèle de financement global⁴.

Les personnes concernées par ce projet pilote sont toutes celles qui sont atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques et ne pratiquent pas d'AP. « Bouger » est un bon moyen de prévention de nombreuses maladies mais le public n'est pas toujours facile à convaincre. Ainsi, le médecin prescrit de l'AP sur ordonnance lorsque le problème du patient s'inscrit dans le contexte d'une maladie chronique. A cette prescription vient s'ajouter un encadrement des patients. Cet encadrement est réalisé par les kinés du CSA et les éducateurs physiques de l'infrastructure Agisca⁵ où sont pratiquées les activités. Deux activités par semaine sont proposées : une activité aquatique qui favorise une série de mouvements et qui permet aux patients d'accéder à un programme d'assouplissement et de musculation ; et une deuxième activité qui se déroule dans le hall omnisports et/ou sur

⁴ [Https://www.integreo.be/fr/pres-de-chez-vous/liege-huy-et-waremme-chronic-care-and-cure-health-3c4h](https://www.integreo.be/fr/pres-de-chez-vous/liege-huy-et-waremme-chronic-care-and-cure-health-3c4h)

⁵Association de Gestion des Installations Sportives et Culturelles de la Commune d'Aywaille.

les appareils de fitness extérieurs. La particularité de ces activités est qu'elles sont gratuites (Thunus, 2018). Le but est de permettre aux patients de ressentir les effets bénéfiques de l'AP et de les stimuler de manière à pouvoir continuer à adopter ce comportement une fois le programme terminé. L'objectif est de transformer un mode de vie inactif en un mode de vie actif (Gademan et al., 2012). Le dernier rapport du CSA indique qu'une soixantaine de patients ont reçu une prescription médicale depuis le lancement du projet avec une moyenne de 12 patients présents aux séances. Les patients peuvent venir toute une saison et auront la possibilité de passer dans un deuxième groupe avec davantage d'autonomie la saison suivante si leur condition physique acquise le permet.

L'importance de réaliser une évaluation de ce projet résulte du fait qu'il s'agit d'une action pilote pour laquelle peu d'informations sont disponibles et connues, notamment au niveau de la mise en œuvre. Ainsi, il est essentiel d'obtenir le point de vue des patients afin de comprendre la manière dont ils vivent ce programme, les bénéfices obtenus et comprendre la raison de leur participation ou non.

2.7. Question de recherche

Quels sont les facteurs qui influencent les patients atteints de maladies chroniques du Centre de Santé de l'Amblève à adhérer au projet pilote « Sport sur ordonnance » ?

2.8. Objectifs de recherche

- Comprendre les motivations des patients, ayant reçu une prescription médicale entre septembre 2018 et mars 2019, à pratiquer une activité physique, dans le cadre du programme « Sport sur ordonnance » au Centre de Santé de l'Amblève.
- Evaluer le projet pilote « Sport sur ordonnance » qui vise à rendre le patient plus autonome dans sa pratique d'activité physique.

3. Matériel et méthodes

3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude de type qualitatif avec une démarche interprétative où, à travers un discours ouvert, on cherche à mieux comprendre la manière dont les gens qui bénéficient de ce type d'action le vivent. Cette recherche a été réalisée au moyen d'entretiens individuels

semi-directifs. En effet, la recherche a pour but d'explorer les représentations ainsi que le vécu des participants inclus dans le projet pilote "Sport sur ordonnance".

L'intérêt est de comprendre les déterminants, les facteurs qui influent le fait que les sujets adhèrent ou non au projet. Ainsi, ce type d'étude exploratoire permet, à travers la perception des personnes interrogées, de donner du sens aux phénomènes vécus par celles-ci. L'objet de cette recherche est à caractère exploratoire étant donné qu'il existe peu d'informations existantes à ce sujet dans la littérature scientifique.

3.2. Population étudiée

La population étudiée est constituée de patients du Centre de Santé de l'Amblève ayant été intégrés à l'action « Sport sur ordonnance » entre septembre 2018 et mars 2019.

3.3. Méthode d'échantillonnage

Les études qualitatives utilisent régulièrement des échantillons restreints où le nombre de personnes interrogées est parfois minime. La méthode utilisée est celle de l'échantillon raisonné. En effet, cette méthode non probabiliste et ciblée est utilisée afin que la sélection des sujets pour cette étude permette d'obtenir des points de vue riches et variés.

Les sujets ont été choisis selon le critère spécifique suivant : le participant, inscrit dans un contexte de maladie chronique, a été sollicité entre septembre 2018 et mars 2019 par les professionnels de la santé du CSA d'Aywaille, via une prescription médicale, à participer au projet pilote « Sport sur ordonnance ».

Critères d'inclusion :

- Etre un patient du CSA d'Aywaille.
- Etre atteint d'au moins une maladie chronique.
- Avoir reçu une prescription médicale d'AP par son médecin traitant.

Critère d'exclusion :

- Avoir été intégré au programme à partir d'avril 2019.

3.4. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon n'a pas été prédéterminée. D'une part, le nombre de sujets ayant participé au projet pilote permettait d'essayer de tous les interviewer. D'autre part, en recherche qualitative, idéalement, ce type d'échantillon repose sur l'effet dit de « Saturation de données », principe selon lequel l'ajout de données nouvelles (lors de nouveaux entretiens par exemple), ne permet pas une meilleure compréhension du phénomène étudié.

3.5. Paramètres étudiés

Les paramètres principaux étudiés sont les représentations, l'expérience ainsi que le vécu des sujets. Par ailleurs, d'autres paramètres socio-économiques sont pris en compte tels que l'âge, le sexe, la profession, l'état civil.

3.6. Méthode de récolte des données

3.6.1. Outil de la collecte de données

Un guide d'entretien semi-structuré a été construit afin de cadrer chaque interview. Etant donné le peu d'informations disponibles et connues à ce sujet, aucun cadre de référence n'a pu être trouvé. Ainsi, le guide d'entretien a été construit autour des objectifs et de la question de recherche. Celui-ci a été pré-testé en tenant compte de l'avis et conseils de mes promoteurs mais également en évaluant la compréhension des questions lors des premiers entretiens.

Deux questionnaires ont été élaborés. Le premier (Annexe 3) était destiné aux patients ayant intégré le programme “Sport sur ordonnance” tandis que le deuxième (Annexe 4) était destiné aux patient ayant reçu la prescription par leur médecin mais ne s'étant jamais rendus aux séances. Ce choix a été fait afin d'obtenir les profils les plus variés possibles et ainsi récolter des données plus riches. Il s'agissait uniquement de questions ouvertes permettant de laisser libre cours aux discours et aux perspectives des personnes interrogées.

Les sujets abordés dans ces questionnaires ont été rédigés sur base de la question de recherche et des objectifs de celle-ci. Ils partent du général vers le spécifique:

- Relation avec l'activité physique de manière générale au cours de leur vie.
- Relation entre leur maladie chronique et la pratique de l'activité physique.
- Expérience générale du programme "Sport sur ordonnance".
- Déroulement des séances, le suivi, critiques négatives et positives.

3.6.2. Organisation et planification de la collecte des données

3.6.2.1. Recrutement

Dans un premier temps, un rendez-vous a été fixé avec mon promoteur afin d'obtenir un local à disposition pour contacter chaque patient par téléphone. Ensuite, chaque patient a été contacté afin de fixer un rendez-vous. 30 personnes incluses dans le programme "Sport sur ordonnance" entre septembre 2018 et mars 2019, ont été sollicitées par téléphone dans les bureaux du CSA. Parmi celles-ci, 17 personnes n'ont pas pu répondre positivement à notre demande pour diverses raisons. En effet, 5 refus clair et précis de participation à l'enquête ont été énoncés. Les justifications étaient diverses telles que: rendez-vous médicaux, hospitalisations prévues ou encore refus clairement exprimés. 7 personnes n'ont émis aucune réponse aux sollicitations téléphoniques à savoir que celles-ci étaient appelées jusqu'à trois reprises à des jours différents avec chaque fois un message vocal laissé. Et enfin, 5 personnes ayant accepté le rendez-vous ne se sont jamais présentées à celui-ci, sans prévenir et ce, malgré, un rappel par sms qui était effectué au préalable de chaque rendez-vous. Au total, 13 entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés dont la durée variait entre 27 et 62 minutes.

3.6.3. Passation des entretiens

La majorité des entretiens ont eu lieu dans les locaux du CSA. Néanmoins, certaines rencontres se sont parfois faites au domicile du patient par facilité.

Avant chaque entretien, les attentes et les modalités de la recherche ont été brièvement expliquées au participant. Au préalable, deux documents écrits ont été signés par celui-ci afin de marquer son accord quant au traitement et à la confidentialité des données récoltées. Le premier document était le consentement relatif aux traitements des données personnelles (RGPD) (Annexe 1). Le second document était un consentement classique relatif à la confidentialité des données nécessaires à l'enregistrement de chaque interview (Annexe 2).

Chaque entretien a donc été enregistré à l'aide du dictaphone de mon Smartphone. Cette méthode permet d'obtenir une discussion plus fluide et naturelle. L'intérêt est que l'entretien soit un vrai dialogue, c'est pourquoi celui-ci a été adapté à chaque patient. Dans cette idée, les questions n'ont pas toujours été posées dans un ordre précis. De plus, certaines questions ont dû faire preuve de reformulation.

3.7. Méthode d'analyse des données

Pour ce type d'étude, l'analyse inductive est idéale car elle permet de distinguer des thèmes dans les éléments de discours récoltés. Dans un mode inductif, l'analyse des données doit être guidée par les objectifs et la question de recherche. Cette analyse inductive se fait en prenant soin de lire plusieurs fois les données brutes afin d'en dégager des catégories et de les intégrer dans un modèle. Pour ce faire, le recours à l'analyse thématique est utilisé afin de regrouper les thèmes abordés dans le corpus(Blais & Martineau, 2006)

Avant toute chose, la première étape a été la retranscription intégrale des entretiens en incluant les informations verbales et non verbales telles que les rires, les pleurs, les silences ou encore les hésitations. Lors de cette retranscription, aucune information permettant de connaître l'identité de la personne interrogée ne pouvait être dévoilée, c'est la raison pour laquelle une phase d'anonymisation a été effectuée. Celle-ci consistait, dans les retranscriptions, à remplacer diverses informations par un "X" afin de ne pas reconnaître la personne interrogée. De plus, les données recueillies au cours de cette étude suivent une rigueur afin d'assurer une utilisation des données le plus proche possible de la réalité et une neutralité vis-à-vis de chaque personne rencontrée.

Comme cité précédemment, l'analyse thématique est choisie pour cette analyse qualitative permettant, de manière inductive, de partir du corpus afin de concevoir des thèmes (Paillé, 1996 ; Paillé & Mucchielli, 2003).

Il existe une démarche comportant trois étapes essentielles (Tesh, 1990) :

1) Appropriation :

Au fur et à mesure de la retranscription des entretiens, une lecture dite "flottante" est réalisée avec les différents discours afin de sélectionner les données pertinentes. L'appropriation est totale lorsqu'une relecture précise de toutes les retranscriptions a été réalisée afin de se familiariser avec les données recueillies. C'est donc le fait de prendre

connaissance du texte et sélectionner les éléments du discours en lien avec les objectifs et la question de recherche. Ces éléments du discours sont appelés “verbatim”.

2) Décontextualisation :

Lorsqu'on est parvenu à comprendre le matériel analysé, l'étape suivante, consiste à condenser les données. Cette condensation permet de donner un sens aux données et de répondre à la question. Pour ce faire, des extraits du discours sont sortis de leur contexte afin de les rendre sémantiquement indépendant, dans le but de concevoir des thèmes qui regroupent l'ensemble des extraits faisant référence à un sujet spécifique. On parle de décontextualisation.

Cette étape comprend deux phases :

- 1) Découper le corpus en unités de significations : il s'agit d'un ensemble de phrases liées à un même thème.
- 2) Démarche de codage : un code est un ensemble de mots sous lesquels les codeurs peuvent classer les verbatim. Ce sont donc des étiquettes qui désignent des unités de significations, attachées à des segments de discours. C'est en rassemblant tous les verbatim que le sens apparaît.

En pratique, quand la sélection thématique dite “brute” est réalisé afin de clarifier les thèmes, ceux-ci sont décrits sous forme d'arborescence thématique. Cette arborescence sous forme de grille d'analyse est effectuée et reprend les thèmes issus de l'analyse inductive et donc induits des discours.

3) Recontextualisation :

Enfin, la recontextualisation est la dernière étape qui consiste à associer les codes préalablement décontextualisés pour en faire un tout intelligible et porteur de sens. Il s'agit d'une opération itérative pour laquelle les thèmes sont rassemblés afin d'établir des similitudes, des divergences et ainsi permettre de trouver des pistes d'améliorations dans le futur du projet pilote “Sport sur ordonnance”.

3.8. Critères de qualité

3.8.1. Critères méthodologiques

En recherche interprétative, on parlera de rigueur méthodologique et les paramètres principaux sont: la validité interne et la validité externe. Ces méthodes permettent d'améliorer la qualité ou la validité de l'information recueillie.

Parmi ces critères méthodologiques, il y a :

- La crédibilité : les données brutes recueillies grâce à l'enregistrement des données permet d'obtenir une représentation réelle des discours tenus par les participants.
- La transférabilité : les réponses fournies à travers l'échantillon et le contexte, décrit dans cette recherche, permettent de généraliser ces résultats à la vie réelle, au-delà des personnes interrogées. Ainsi, à travers les différents contextes, il est possible de transférer le sens des conclusions.
- La fiabilité : une réflexivité par rapport aux éventuels jugements personnels du chercheur a été faite au commencement de l'étude afin de prendre une certaine distance face à ceux-ci.

D'autres critères de qualité doivent être pris en compte et ceux-ci concernent l'aspect relationnel de la recherche. En effet, une confiance entre le chercheur et le participant est établie à partir du moment où celui-ci accepte d'être interrogé sur son vécu et ses perceptions et donc de se confier à une personne qui leur est inconnue.

Ainsi, cette confiance et cet intérêt pour l'étude réalisée sont des critères de qualité indispensables au bon déroulement de l'étude.

De plus, la check-list COREQ (Annexe 5) a également été utilisée comme modèle afin clarifier les différents critères nécessaires à la réalisation des entretiens. (Tong et al. 2007)

4. Résultats

Cette partie concernant les résultats est entamée par un tableau récapitulatif reprenant le profil socio-économique des participants à la recherche. Ensuite, les différents thèmes retenus seront évoqués en tenant compte de manière rigoureuse des éléments pertinent du discours de chaque participant.

4.1. Profil des participants de la recherche

n = 13

Âge		55.23 ± 15.36
Genre	Femme	9 (69.23%)
	Homme	4 (31.77%)
Etat civil	Seul	5 (38.46%)
	Marié	8 (62.54%)
Profession	Congé maladie	3 (23.08%)
	Pensionné	4 (30.77%)
	Travailleur	6 (46.15%)

4.2. Thèmes

Les facteurs motivationnels influençant les patients atteints de maladies chroniques du CSA à adhérer au projet pilote « Sport sur ordonnance » ont été classés en 4 grands thèmes: l'aspect physique et mental; l'aspect social; l'aspect financier; l'aspect organisationnel, encadrement et suivi. Parmi ces thèmes découlent différents sous-thèmes qui sont en lien direct avec les catégories précédemment citées. La présentation de ces résultats a été faite de manière à faire ressortir les verbatim les plus pertinents des interviews.

De plus, à travers les différents discours relatés, des informations intéressantes concernant des freins et des critiques par rapport au programme “Sport sur ordonnance” ont également été mis en évidence par diverses personnes. Ainsi, dans cette partie du travail se trouve les critères positifs et négatifs du programme “Sport sur ordonnance” relatés par les participants.

4.2.1. Aspect physique et mental

4.2.1.1. Endurance, mobilité et condition physique

D'après les participants, l'AP apporte un bien-être physique à différentes échelles. La condition physique de certaines personnes, en terme de respiration et d'endurance, se sont vues s'améliorer depuis qu'elles participent au programme. Pour d'autres, c'est au niveau de la mobilité et de la marche que la différence se fait sentir. L'extrait qui suit est très intéressant dans la mesure où les participants au programme sont des personnes atteintes de maladies chroniques. Malgré cela, ce participant exprime le fait d'être en bonne santé et que ce programme lui apporte des capacités supplémentaires.

Sujet 2: "Je pense que ce qu'il y a rien de mieux pour entretenir son corps, son endurance [...] La santé je l'ai donc ça va mais d'un point de vue de la condition physique, je sens bien que j'ai de nouvelles capacités, ça c'est sûr."

4.2.1.2. Entretien du corps et perte de poids

NOMBREUSES SONT LES PERSONNES QUI FONT DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE AVEC L'OBJECTIF DE PERDRE DU POIDS. PARMI CES PERSONNES, IL NE S'AGIT PAS DE L'ARGUMENT PREMIER MAIS ILS ABORDENT TOUT DE MÊME LE SUJET EN RESTANT PARFOIS PLUS LARGE ET EN PARLANT D'ENTRETIENIR LEUR LIGNE.

Sujet 6: "Je trouve que quand on arrive à un certain âge... quand on est plus jeune et ben voilà on ne pense pas trop... Enfin moi, en général, je n'ai jamais pris trop de poids mais je me rends bien compte qu'ici j'ai quand même x ans et de faire du sport, ça entretient la ligne. On se sent... on se sent mieux dans son corps. Pas dans sa peau... mais dans son corps. Quand on se lève le matin, on est beaucoup plus souple, on a l'impression d'être plus fit, d'avoir 2-3 kilos en moins."

UNE PERSONNE VA MÊME PLUS LOIN EN EXPLIQUANT QUE, DEPUIS QU'ELLE PARTICIPE AU PROGRAMME, ELLE REMARQUE DES EFFETS POSITIFS SUR SON CORPS ET QU'AU NIVEAU DIÉTÉTIQUE, ELLE A TENDANCE À FAIRE DAVANTAGE ATTENTION.

Sujet 13: "Au niveau de la respiration je vois une évolution, mon corps s'affine, j'ai une légère perte de poids. Ce qu'il y a aussi, c'est que ça pousse à faire attention à mon alimentation aussi. Du coup c'est que du positif."

4.2.1.3. Bien-être psychologique, moral

Au cours des entretiens, le bien-être psychologique a été évoqué à plusieurs reprises. Les séances leur permettent de remonter la pente, de se vider l'esprit et d'être plus zen. Le stress fait également partie du quotidien de certains participants. Ainsi, en restant dans le même ordre d'idée, moralement parlant, l'AP est un moyen pour eux de lâcher prise et de libérer le stress qu'ils conservent à l'intérieur d'eux-mêmes.

Sujet 9: "*Il y a ce côté psychologique. Enfin c'est pas vraiment psychologique mais ce côté condition de vie qui est un peu, je tire vraiment le budget par le bout, ça me pompe un peu. Donc en ayant pas le moral, ça me pompe un peu sur le physique aussi. Et donc si je n'avais pas toutes ces activités là, alors là je serais en dessous de la barre. Mais je dirais que depuis que je fais ça, ça m'oblige à être à un certain niveau.*"

4.2.1.4. "Savoir pourquoi ils ont mal"

Parmi les personnes interrogées, leurs maladies chroniques ont des effets néfastes douloureux et ce, même au repos. Ainsi, le fait de faire de l'AP leur fait prendre conscience que même si elles ont mal pendant ou après les séances, elles savent la raison pour laquelle elles ont mal et ont tendance à davantage accepter ces douleurs. Elles se réconcilient alors avec leur corps et leur maladie.

Sujet 10: "*Ce n'est que du positif. C'est clair que depuis que j'ai commencé, il y a certaines douleurs qui se font plus fortes mais il faut bien vous dire une chose c'est que dans mon cas, si je fais du sport ou pas, j'ai mal. Quand je faisais rien ou quand j'ai mal, j'en veux à mon corps, je déteste mon corps. Alors que quand j'en fais, je suis réconcilié parce que, même si j'ai mal, je sais que c'est parce que j'ai bien travaillé. Donc j'accepte plus facilement mes douleurs parce que je sais pourquoi j'ai mal... (pleurs) ... je sens que le muscle a travaillé.*"

4.2.1.5. Alternative aux médicaments

Deux personnes ont fait le lien entre l'AP et la prise de médicaments. Il ne s'agit pas ici d'une alternative à proprement parler mais ces participants sont conscients que la pratique d'activité physique leurs permet d'obtenir un bien-être physique et mental et de limiter leurs douleurs, ce que les médicaments ne font pas toujours.

4.2.1.6. Lutte contre la maladie et/ou les douleurs

Un objectif souvent évoqué par les participants au programme est cette volonté de ne pas subir leur maladie et d'aller de l'avant. Les séances hebdomadaires leur permettent de réapprendre à fonctionner et à se sentir capable de réaliser de l'AP malgré leur pathologie.

Sujet 10: "Je me rends compte que je suis encore capable de faire du sport. Et puis je rencontre d'autres personnes. Je me rends compte aussi que je sais dépasser mes... euh... mes complexes vis-à-vis de ma maladie, vis-à-vis de mon corps donc j'en suis vraiment contente [...] Je suis peut-être devenu un petit peu trop exigeante avec moi vu que je n'ai plus envie de subir ma maladie et que je suis devenue plus exigeante [...]"

4.2.1.7. Lutte contre une peur

Pour d'autres, il s'agit de lutter contre leur complexe ou leur peur. Une séance de natation est organisée chaque semaine dans le cadre du programme. Certaines personnes évoquent leur peur de l'eau et ce programme leur a permis de passer outre cette crainte.

Sujet 12: "Et ici, j'ai appris à ne plus avoir peur de l'eau. Je ne sais pas nager hein mais je n'ai plus peur de l'eau. Ca va déjà mieux, je sais maintenant faire le tour de la piscine, ça va [...] Et la première fois que j'y suis allé et que j'ai fait quelques exercices dans l'eau, quand je suis sortie, je pleurais tellement j'étais contente. Alors, je sais que je ne nagerai jamais comme tout le monde mais je crains moins l'eau... où j'ai pied, je sais bien que je peux y aller. C'était ça qui m'inquiétait."

Par ailleurs, toujours dans le cadre des séances de natation, la gêne de deux participantes de se mettre en maillot de bain devant d'autres personnes est évoquée lors de l'interview. Ce type de complexe peut parfois être un frein à la participation et à la présence de certaines participantes aux séances. A l'inverse de ce qui a été cité précédemment concernant les séances de natation et la lutte contre leur peur, d'autres participants voient les choses d'un autre œil. Ce n'est donc plus un facteur motivationnel de venir apprendre à nager mais un frein qui l'empêche de se rendre aux séances hebdomadaires.

Sujet 4: "Démotivée, vraiment démotivé... On m'a dit, va chez un psy mais qu'est ce que ça changera aux choses. Démotivé... comme c'est pas possible. C'est pour ça que je n'y vais pas. Et puis j'étais un peu stressé à la piscine vu que je ne sais pas nager."

4.2.3. Aspect social

Le programme "Sport sur ordonnance" implique, pour les participants, de se rendre au hall omnisport où les séances ont lieu. Ainsi, les motivations à participer à ces cours ne concernent pas uniquement l'aspect santé. Le côté social du programme est un argument récurrent au cours des interviews. Ce terme "aspect social" se présente sous diverses formes:

4.2.3.1. Bouger et but de sortie

Un objectif inconditionnel de ce programme “Sport sur ordonnance” et de la pratique d’AP est de faire bouger des personnes qui sont inactives. Plusieurs personnes associent leur participation à un but de sortie. Cette “obligation” les pousse à bouger de chez eux et de leur quotidien.

Sujet 12: *“Et c'est ça que je me dis, il faut absolument que j'y retourne parce que ça me fait du bien, je vois d'autres personnes. Sinon il y a des jours que je ne sortirai même pas de chez moi hein. Où je n'ai pas envie de me lever. Alors ici, c'est une obligation... parce que ça me pousse vraiment à sortir de chez moi.”*

4.2.3.2. Lutte contre la solitude

Dans le même ordre d’idée, pour certaines personnes, ces séances sont bénéfiques en termes de socialisation. Des personnes, parfois à cause de leur âge avancé ou leurs pathologies peuvent être isolées socialement. Ce type de programme est une chance, pour eux, de sortir de cet isolement. Ainsi, au-delà de voir des gens et d’avoir un but de sortie, c’est une réelle opportunité en terme de bien-être dans la vie quotidienne.

Sujet 5: *“Oui... et voir des gens. Même si c'est des vieilles personnes, voilà c'est pas la même tranche d'âge que moi mais ça fait du bien de ne pas être seule, de se sentir moins seule.”*

Sujet 7: *“Enfin voilà, franchement, c'est bien parce que celui qui vit tout seul et qui n'a pas vraiment beaucoup de contact, etc., c'est super hein, on sort vraiment les gens de la solitude.”*

4.2.3.3. Ambiance, convivialité et rencontre

L’effet du groupe renforce le lien social et motive les patients à venir aux séances car ils s’y sentent bien et font des rencontres qui leur apportent beaucoup. Des personnes évoquent le fait que ces séances sont bien plus que de simplement bouger ou faire de l’AP. Cet aspect social du programme a pu amener à des rencontres qui s’élargissent au-delà des séances hebdomadaires et certains participants se voient même en dehors des horaires de cours.

Sujet 3: *“Oui, déjà le fait d'être en groupe et d'être avec des personnes de quasiment du même âge je vais dire ainsi. En plus, j'ai l'impression que ... on arrive là, que tout le monde se donne la bise pour se dire bonjour. J'ai l'impression qu'on est plus une grande famille que des gens qui vont faire du sport... c'est plus familial que sportif je vais dire.”*

4.2.3.4. Etre entouré d'autres personnes ayant aussi des problèmes de santé

Le fait d'être atteint d'une maladie chronique peut être vécu comme un fardeau par certaines personnes et les conduire à se morfondre sur leur sort. Une majorité de personnes évoque le fait que ce programme les aide à prendre conscience qu'ils ne sont pas les seuls dans le même cas. Il s'agit d'un facteur motivationnel à leur présence aux séances qui permet de renforcer leur bien-être et leur estime de soi.

Sujet 10: "*On force et puis on le paye après et systématiquement on n'est plus assidus tandis qu'ici, je suis avec toutes personnes qui ont leur propre vécu, leurs propres maladies et leurs propres limites et donc je sais que si je m'arrête ou si je dis que j'ai mal, il n'y aura pas de jugement et on va pas mal me regarder [...] Voilà, c'est ça qui me motive et je suis motivé parce que je me rends compte qu'il n'y a pas que moi qui suis dans le cas, qu'il n'y a pas que cette maladie là et que des fois une simple opération, une simple blessure peut amener une personne à avoir des difficultés à se remettre au sport ou à réaliser un exercice.*"

4.2.3.5. Implication sociale personnelle

Une personne exprime le fait que ce type de dispositif lui a donné envie de s'impliquer socialement dans un projet au sein de la maison médicale.

Sujet 9: "*Oui, pas plus tard que lundi je crois, je suis passé au secrétariat et je voudrais bien être membre du comité de patients. Mais c'est grâce au programme ça, la rencontre de personnes extraordinaires. C'est vraiment un élément psychologique positif qui permet de redresser la barre aussi.*"

4.2.4. Aspect financier

4.2.4.1. La gratuité du programme

Les personnes interrogées sont unanimes sur le fait qu'un programme gratuit comme celui qu'on leur propose est une chance incroyable. C'est d'ailleurs un réel facteur motivationnel en termes de participation.

Sujet 7: "*Mais je pense que, quelque part, en étant gratuit, ça motive quand même certaine personne à plus venir que maintenant, si c'était payant, peut-être qu'ils ne viendraient pas.*"

L'hypothèse d'un programme payant a été évoquée lors de l'entretien. La question posée au cours de l'interview était la suivante: "Vous êtes face à un programme qui est totalement gratuit, continueriez-vous à venir si celui-ci devenait payant ? Pour quelle raisons ?"

Les avis sont divergents avec divers arguments:

Le libre choix de l'activité et/ou de l'horaire : des participants évoquent le fait qu'un programme payant devrait être associé à une liberté plus importante dans le choix des activités mais aussi des horaires.

Sujet 10: "*J'en choisirai peut-être un alors dans ce cas là mais ça serait dommage de devoir faire un choix parce que j'adore la gym mais aussi la natation. Maintenant, je ne me cache pas de dire que je sais que ça ne durera pas parce que je ne vois pas pourquoi, moi j'aurai le privilège d'avoir le sport gratuit alors que d'autres payent.*"

Le prix demandé : si le prix reste abordable, certaines personnes continueront à venir aux séances. A l'inverse, d'autres estiment que si elles doivent payer, elles ne viendront plus. Divers arguments sont cités tels que le fait qu'ils ont une petite pension et qu'ils n'auront pas les moyens de se payer ce type d'activité ou encore la volonté d'aller ailleurs avec un programme plus adapté et individuel.

Sujet 3: "*C'est possible... Maintenant, il faut voir aussi le prix qu'on demandera parce que; étant donné que... je vous l'ai dit au départ... je suis pensionné et ben faut voir un peu si ça va dans mon budget ou pas.*"

4.2.5. Aspect organisationnel, encadrement et suivi

4.2.5.1. Encadrement des séances

L'encadrement réalisé par les coachs sportifs et les kinésithérapeutes lors de chaque séance est un véritable plus pour une partie des patients. Ce type d'encadrement sérieux et adapté semble être un facteur motivationnel que les participants ne trouveraient pas ailleurs. De plus, le fait d'avoir des professionnels qui les entourent, ça leur permet d'être rassurés et de se sentir en sécurité lors des séances.

Sujet 13: "*On sait que si vraiment on faisait une erreur, on nous corrige pour ne pas faire d'imprudence vu que le kiné sait ce que l'on a comme contrainte physique et alors là on peut avoir des remarques de prudence [...] Oui parce que je trouve que quand c'est vraiment du sport par soi-même dans un centre sportif et ben... on peut parfois faire plus de mal que de bien. Et ici, le fait d'avoir un bon échauffement... parce que des fois ça peut faire plus de mal si on le fait pas bien.*"

Cependant, les avis divergent concernant l'encadrement des séances. En effet, plusieurs personnes ont émis la volonté que le programme soit plus individuel et ciblé sur la personne, sur leur pathologie et donc ses problèmes. Plusieurs personnes estiment que le côté collectif est une bonne chose mais que dans cet aspect collectif, il fallait que les séances soient plus focalisées individuellement. Certains participants sont dérangés par le fait que chacun réalise les mêmes exercices alors qu'ils n'ont pas les mêmes problèmes.

Sujet 1: "*On fait tous exactement la même chose on va dire mais j'avais besoin de quelque chose de plus individuel. Surtout que des fois je travaillais les jambes ou quoi parce que je ne savais pas bouger le haut mais moi si je fais ça, c'est surtout pour récupérer ma mobilité au dessus quoi. Que les jambes, je m'en fous un peu entre guillemets parce que je savais toujours bouger par contre.*"

Comme ces extraits de verbatim peuvent le justifier, l'encadrement est, d'une part, un facteur positif et d'autre part, un facteur négatif. De plus, parmi les questions de l'interview, il y avait la suivante : "Seriez-vous prêt à quitter un encadrement médical? Pour quelles raisons ?". Cette question se justifie par le fait qu'un des objectifs du programme, à plus ou moins long terme, est que ces patients puissent devenir autonomes dans la pratique de leur AP. Les avis sont divergents car certains se disent prêts à quitter un encadrement médical dès qu'ils auront acquis les bases et se sentiront capables de voler de leurs propres ailes. A l'inverse, certains patients refusent d'imaginer faire de l'AP seuls et de manière autonome. Un argument qui revient le plus régulièrement est celui du besoin d'avoir un modèle afin de les rassurer et de sentir en sécurité dans la pratique de leur AP.

Sujet 1: "*Oui comme je l'ai dit, dès que j'en suis capable par moi-même. De savoir si je fais les bons gestes ou pas. C'est surtout ça en fait. Là je demandais toujours la limite [...]*"

Sujet 9: "*[...] Il faut l'image devant moi ou le modèle. Et donc je sens bien qu'ici, ça serait mieux, si les personnes se lancent après 2 saisons, par eux-mêmes, pour faire ça..mais moi j'ai envie d'être encadré et j'ai besoin surtout parce que je sais que je ne développerai pas assez par moi-même.*"

4.2.5.2. Suivi

Pour certains, le suivi des participants sur le long terme n'est pas à la hauteur de leur espérance. Une participante se plaignait qu'on n'ait jamais pris de nouvelles d'elle pendant sa longue période d'absence aux séances.

Sujet 5: "Ben parce que moi, depuis janvier par exemple, je ne suis plus venue pour diverses raisons et je n'ai pas eu un seul coup de téléphone de personne [...] un coup de téléphone, etc., il pourrait le faire."

Pour d'autres, c'est le suivi en termes de bilan. Lors de leur première participation au programme, chaque participant est invité à remplir un carnet de suivi personnel en termes d'AP au quotidien. Néanmoins, plusieurs personnes évoquent l'inutilité de ce carnet si un bilan plus général n'est pas réalisé plusieurs fois par an afin qu'il y ait une évolution observable par les professionnels de la santé.

Sujet 9: "Donc, j'ai un bilan, que je pourrais dire positif mais s'il n'y a personne pour le voir ou pour dire, tiens ça serait mieux de faire comme ceci ou comme cela. Donc je ne sais pas quand c'est prévu et si c'est prévu... mais moi j'ai l'impression qu'on a rempli les carnets un peu dans le vide quoi."

Une autre participante ne s'étant plus rendue aux séances depuis plusieurs mois et n'ayant pas de nouvelles des organisateurs, exprime sa crainte quant à son irrégularité et la décision des organisateurs de ne plus la reprendre dans l'équipe.

Sujet 12: "Et puis plus l'heure approche, plus j'ai peur d'y aller... parce que je me dis que je me suis absenté quelques semaines et donc est-ce qu'on va me reprendre ... j'aurais peur qu'on ne me reprenne plus. Là, ça fait bien deux mois... je crains qu'on ne me reprenne plus vous comprenez."

4.2.5.3. La prescription médicale

La particularité de ce type de programme "Sport sur ordonnance" est qu'il est prescrit par un médecin. Le terme de prescription médicale ou de "Sport sur ordonnance" a une réelle influence sur la participation des personnes aux séances. En effet, ils se disent que ça vient d'un professionnel de la santé et, toute comme la prescription d'une intervention ou d'un médicament, il faut respecter la décision du médecin. Cet effet médical a un impact positif sur la présence aux séances.

Sujet 12: "Je me suis dit que tout compte fait, pourquoi est-ce qu'il m'envoie là ? C'est qu'il trouve sans doute que ça me fera du bien. Alors, j'ai dit oui et j'ai accepté [...] Et ici, du fait que c'était une prescription par le Dr X, je me suis dit, au fond, c'est peut-être toutes des personnes comme moi".

4.2.5.4. Horaires

L'irrégularité ou l'absence de certaines personnes aux séances d'activité physique sont parfois uniquement dues à des contraintes liées aux horaires. D'une part, certains évoquent le fait qu'avoir une activité professionnelle les empêche de venir. D'autre part, ce sont parfois des contraintes liées à des obligations familiales ou personnelles.

Sujet 2: "*Non, les raisons étaient principalement professionnelles mais après une fois que j'ai été pensionné, j'ai eu un déménagement qui m'a pris beaucoup de temps et donc j'avais autre chose à faire [...] Et je crois qu'il faut pas stigmatiser les gens qui viennent moins parce que j'ai déjà eu des discussions avec plusieurs personnes qui aimait venir mais au niveau des horaires, ça ne leur convenait pas spécialement, avec le travail ou même des activités personnelles qui les empêchaient de venir.*"

4.2.5.5. Différence d'âge et intensité de l'exercice

Certaines personnes se plaignent de l'intensité trop faible des exercices lors des séances. Elles sont conscientes de la différence d'âge entre les participants et de l'impact que cela peut avoir sur l'organisation des séances et l'intensité de celles-ci.

Sujet 1: "*Et moi... j'aime bien le sport collectif, j'adore le basket, le volley mais... (rires) ... comme c'est des personnes plus âgées, c'est moins actif, beaucoup moins. Le niveau est beaucoup plus faible du coup je m'ennuyais un petit peu et euh... je ne venais pas parce que je passais beaucoup de temps à ramasser des balles, des choses comme ça. Et du coup, évidemment, ça me motivait moins à venir.*"

A l'inverse, une patiente plus âgée exprime son désir et celui d'une autre participante à ce que les séances soient écourtées car elle estime que c'est trop intensif pour son âge. Elle n'est pas habituée à faire autant d'effort physique sur une durée déterminée.

Sujet 12: "*Sinon c'est très agréable mais... je me suis retrouvé bien longtemps, alors que j'étais la plus âgée, c'était toutes des personnes plus jeunes et puis il y a une dame qui est deux ou trois ans plus âgées que moi et c'est la même chose que moi. Elle trouvait qu'une heure et demi, c'était beaucoup parce qu'on avait jamais pratiqué, la dame non plus, du sport à part un petit peu à l'école.*"

5. Discussion, perspectives et conclusion

L'analyse des résultats est abordée dans cette partie de l'étude en y insérant également les biais ainsi que les limites de cette recherche et enfin, la conclusion qui achèvera cette étude en cours. À travers cette analyse qualitative, le vécu et l'expérience des participants au programme "Sport sur ordonnance" ont pu mettre en évidence plusieurs résultats intéressants concernant les motivations et les freins à cette participation au programme.

5.1. Le tableau de synthèse des facteurs motivationnels et des freins identifiés

Thèmes	Facteurs motivationnels
Aspect physique et mental	<ul style="list-style-type: none">- Amélioration de l'endurance, la mobilité, la condition physique.- Entretien du corps et perte de poids.- Bien-être psychologique et moral.- "Savoir pourquoi ils ont mal".- Alternative aux médicaments.- Lutte contre la maladie et lutte contre une peur.
Aspect social	<ul style="list-style-type: none">- Bouger et but de sortie.- Lutte contre la solitude.- Ambiance, convivialité et rencontre.- Etre entouré d'autres personnes ayant aussi des problèmes de santé- Implication sociale personnelle.
Aspect financier	<ul style="list-style-type: none">- Gratuité du programme.
Aspect organisationnel, encadrement et suivi.	<ul style="list-style-type: none">- Encadrement sérieux, rassurant, ciblé et adapté.- Le fait que ça soit prescrit.- Horaire adéquat.

Thèmes	Freins et critiques
Aspect organisationnel, encadrement et suivi.	<ul style="list-style-type: none"> - Encadrement insuffisamment ciblé sur la pathologie et le type de problème de santé. - Suivi à long terme insatisfaisant. - Bilan inexistant. - Carnet de suivi superflu. - Horaires inadéquats. - Différence d'âge et intensité de l'exercice.

5.2. Comparaisons avec des études similaires

Peu d'études sur ce type de programme en Santé publique sont présentes dans la littérature scientifique. Néanmoins, une comparaison avec une étude similaire (Gasparini et al., 2015) réalisée chez nos voisins français peut être effectuée. En effet, dans l'introduction, le programme strasbourgeois a été abordé et une brève présentation d'une étude similaire à celle-ci a été présentée dans le but d'établir les convergences et/ou les divergences entre les résultats obtenus. De plus, une autre étude qualitative (Bethancourt et al., 2014) sur la compréhension des obstacles et des motivations à la participation de programmes d'AP chez des adultes plus âgés sera également évoquée dans le même but.

5.3. Bénéfices physiologiques liés à une pratique d'activité physique régulière

De manière générale, le premier argument lorsqu'on parle d'activité physique concerne les bienfaits physiques liés à la santé. Ce thème a été abordé par plusieurs participants sous différentes formes : amélioration de la capacité motrice, amélioration de la condition physique et de l'endurance ou encore amélioration de l'apparence. Globalement, c'est le type d'activité physique qui permet d'envisager des effets physiologiques attendus en termes d'amélioration des capacités cardiorespiratoires (endurance), renforcement musculaire, assouplissement ou encore maintien de l'équilibre (Ancellin & Gaillot-de Saintignon, 2017). Plusieurs mécanismes biologiques peuvent être responsables de la réduction du risque de maladie chronique et de décès prématuré associé à une activité physique régulière. Par exemple, il a été démontré que l'activité physique de routine améliore la composition corporelle avec une réduction de l'adiposité abdominale et un contrôle du poids (Warburton et al., 2006). Sur le long terme, il y a d'ailleurs une relation

négative entre l'activité physique et le gain de poids ou l'obésité (Reiner, Niermann, Jekauc et al., 2013). Ainsi, les bénéfices de santé apportés par la pratique régulière d'activité physique sont évidents et ne sont plus à prouver. La littérature scientifique l'explique en long et en large mais dans le cadre de ce travail, ces attestations sont confirmées par les perceptions des participants au programme "Sport sur ordonnance". En cela, il s'agit de "patient reported outcome" (PRO): un résultat de santé signalé directement par le patient qui l'a expérimenté. C'est important que les patients aient une place dans l'évaluation de leur santé et de leurs soins afin que tout ne soit pas mesuré à l'aune de paramètres biomédicaux. Les résultats déclarés par les patients (PRO), tels que les symptômes, la qualité de vie liée à la santé ou l'état de santé perçu par le patient, sont signalés directement par celui-ci. Ils constituent de puissants outils pour informer les patients, les cliniciens et les décideurs de la morbidité, en particulier dans les maladies chroniques. Ces résultats fournissent des informations sur l'expérience du patient et peuvent être la cible d'une intervention thérapeutique et ainsi améliorer la qualité des soins prodigués aux patients, en créant une approche holistique de la prise de décision clinique (Anker et al., 2014).

5.4. Bénéfices psychologiques liés à une pratique d'activité physique régulière

Outre l'aspect physique, la pratique d'activité physique régulière est également associée à une amélioration du bien-être psychologique. Certains participants évoquent par exemple une réduction de leur stress, une attitude plus zen, ainsi qu'une fatigue dite saine après leur participation aux séances. Or, le bien-être psychologique est particulièrement important dans la prévention et la gestion des maladies cardiovasculaires. De plus, celui-ci a également des implications importantes dans la prévention et la gestion d'autres maladies chroniques telles que le diabète, l'ostéoporose, l'hypertension, l'obésité, le cancer et la dépression (Warburton et al., 2006).

Les maladies chroniques citées ci-dessus, si elles sont les plus courantes, ne sont pas les seules existantes. Lors des entretiens avec les participants, plusieurs d'entre eux étaient atteints de douleurs chroniques. Ils ont constamment mal, qu'ils soient en mouvement ou non. Ce type de programme les pousse à bouger de leur routine quotidienne et, même si les séances sont douloureuses, ils savent la raison pour laquelle ils ont mal et ça les réconcilie avec leur corps et leur maladie. Cette lutte contre la maladie est un élément primordial justifiant la pratique d'activité physique régulière. Certains vont même plus loin en faisant

une comparaison entre l'activité physique et la prise de médicaments. D'après Sallis (2009), le domaine de la médecine doit s'associer aux professionnels de l'activité physique pour s'assurer que les patients du monde entier prennent leur "pilule d'exercice" qui, selon lui, est le meilleur moyen d'améliorer la santé et la longévité de l'homme (Sallis, 2009).

Certains participants ont également abordé leur état dépressif au cours des entrevues et évoquent notamment que la prise de médicaments de type antidépresseurs avait parfois un effet négatif plutôt que positif. Or il est prouvé que l'activité physique peut produire des effets antidépresseurs équivalents à un traitement pharmacologique (Blumenthal et al., 2007). Néanmoins, à ce jour, l'évaluation des programmes en activité physique adaptée en tant qu'interventions non médicamenteuses n'a pas encore atteint la rigueur de celle des médicaments. En effet, l'évaluation de la dose et de la nature d'activité physique n'est pas toujours satisfaisante.

5.5. Impact social engendré par la pratique d'activité physique régulière

Le prochain thème abordé de manière récurrente est l'aspect social. C'est un résultat qui, au cours de l'analyse, a été surprenant de par sa multitude d'aspects positifs chez les patients. Il est d'ailleurs abordé par tous les répondants confondus lors des interviews. Les résultats de plusieurs études démontrent que des réseaux entre des personnes ou des groupes sont renforcés grâce à la participation à une activité physique, à des jeux ou à des sports de compétition en groupe (Bailey et al., 2013). La cohésion de groupe lors des séances a un impact significatif sur la motivation des participants à se rendre aux séances. L'effet de groupe permet d'obtenir des séances conviviales et amusantes où les participants peuvent bouger de chez eux et rencontrer d'autres personnes. Certains participants au programme expériment, lors des entretiens, qu'ils font face à un isolement social en lien avec leur maladie ou leur âge. Le fardeau de la solitude des personnes âgées ou atteints de maladies chroniques est bien réel. En effet, une étude indique que le recours fréquent aux services hospitaliers semble être corrélé à des scores relativement élevés pour les mesures de solitude et de dépression et à des scores relativement faibles pour la satisfaction de la vie et les mesures de réseau social (Jakobsson, 2011). De plus, la solitude est associée à un risque accru de maladie cardiovasculaire et de mortalité (Steptoe et al., 2013). Il s'agit ici d'un cercle vicieux où des personnes fragilisées et atteintes de maladies chroniques doivent faire face à la solitude et celle-ci engendre le développement de maladies chroniques. Ainsi, la

participation au programme “Sport sur ordonnance” est moyen idéal pour cette double lutte qui est, d'une part, la maladie chronique et, d'autre part, la solitude. Le fait de pratiquer une activité physique deux fois par semaine en groupe, renforce l'inclusion sociale de ces personnes et donc le fait de voir des gens est un facteur participatif non négligeable (Inserm, 2019).

Ces retombées sociales sont positives et s'étendent parfois au-delà du programme avec une participation civique plus importante telle que des implications sociales personnelles en dehors du cadre “Sport sur ordonnance”. Cet aspect est extrêmement intéressant d'un point de vue engagement sociétal. De plus, ces personnes sont toutes atteintes de maladies chroniques et expriment que le fait d'être entouré d'autres personnes ayant aussi des problèmes les rassure. Cela se fait ressentir par une entraide et une solidarité entre les participants pendant les séances. Ce soutien collectif leur permet de se réunir et de passer un moment agréable. Par contre, aucun participant ne fait la comparaison avec un groupe de paroles ou associations où il y a un échange sur la maladie. Dans ce cas-ci, la maladie n'est que très peu voire pas du tout évoqué par les participants. Cela rejoint donc le bien-être psychologique précédemment cité et permettant aux participants de se vider l'esprit et de penser à autre chose tout en gardant en tête qu'ils ne sont pas les seuls dans le cas.

L'étude sur le programme strasbourgeois (Gasparini et al., 2015) évoque également que de nombreux participants ont admis se sentir mieux, avoir modifié certaines de leurs habitudes, sortir de leur isolement et rencontrer des personnes réceptives. Ils ont également apprécié la possibilité de parler avec d'autres personnes atteintes du même état ou d'un problème similaire, sans être la seule personne en surpoids ou obèse du groupe. Ils se sentaient considérablement moins stigmatisés dans ce contexte.

Selon l'étude de Bethancourt et al., les préférences individuelles en matière d'exercice en groupe, la jouissance de l'aspect social des cours, les encouragements et la camaraderie des autres étaient des facteurs qui leur permettaient de rester actifs ou de commencer à utiliser l'un des programmes d'AP.

5.6. L'aspect financier: facteur motivationnel indispensable à la pratique d'activité physique

Un autre aspect à aborder est l'aspect financier. Il s'agit d'un point important dans le cadre de cette étude car les participants sont face à un programme qui est totalement gratuit.

En effet, si la gratuité est un facteur motivationnel inconditionnel, l'hypothèse selon laquelle un programme tel que celui-ci deviendrait payant a été émise lors des interviews afin d'obtenir des avis à ce sujet. Si certains sont prêt à payer pour ce type de programme, d'autres émettent des conditions telles qu'un prix abordable, un choix des horaires ou encore un choix d'activités. Cela pose la question de l'accessibilité aux structures offrant des activités physiques. Un nombre limité de recherches a examiné les associations entre la disponibilité d'installations et de contextes et le comportement en matière d'activité physique. Sallis et al. ont constaté qu'après contrôle des caractéristiques individuelles, une proximité plus étroite et une densité plus élevée d'installations de conditionnement physique étaient associées de manière significative à une fréquence accrue d'exercice (Powell et al., 2006).

Le projet pilote "Sport sur ordonnance" comporte différents types de profils socio-économiques. Certains participants sont pensionnés, travailleurs ou en arrêt maladie. Néanmoins, quelque soit leur statut, plusieurs d'entre eux évoquent qu'ils n'auraient pas la possibilité de suivre un tel programme s'ils devaient payer. Ils font notamment référence à l'encadrement et au professionnalisme des encadrants qui rendent les séances sérieuses et sécurisantes. Ils estiment ainsi que ce type d'avantages serait trop coûteux ailleurs.

Une étude similaire à la nôtre évoque des facteurs motivationnels identiques à ce qui a été abordé précédemment tels qu'un accès gratuit ou peu coûteux à des installations de conditionnement physique et à des cours dans le cadre de programme encadré (Bethancourt et al., 2014).

Dans le même ordre d'idée, l'étude sur le programme strasbourgeois montre que la création d'un mode de vie plus actif semblait être facilitée par des caractéristiques spécifiques du programme telles que le fait qu'il était gratuit et supervisé par des instructeurs à l'écoute (Gasparini et al., 2015).

5.7. L'encadrement: ciblé ou groupé?

Le professionnalisme des encadrants est apprécié par une majorité des participants car les séances sont alors rassurantes et sérieuses tout en ayant cet aspect agréable de groupe. L'encadrement spécifique que le programme propose, est un facteur motivationnel inconditionnel évoqué au cours des interviews. Cependant, l'encadrement spécifique que le mais également un obstacle évoqué par les participants au cours des interviews. Ainsi, il est

nécessaire de prendre en compte ces différents aspects afin que l'encadrement soit le plus adapté et le plus accessible à tous. Certaines personnes, de par leur maladie ou de leur situation, ont besoin d'un cadre ou d'un suivi différent qu'une autre personne. En effet, l'effet de groupe est un critère positif de ce programme mais une prise en charge plus individuelle et ciblée est souhaitée par plusieurs participants. Ils estiment que ce n'est pas suffisamment ciblé sur la personne et son problème de santé. D'ailleurs, une autre étude évoque que les programmes d'AP doivent être adaptés à une gamme de capacités, soit en proposant différents cours pour différents niveaux de condition physique, soit en ayant des instructeurs capables de présenter des versions variées d'exercices. Ainsi, les cours seraient attrayant à la fois pour ceux qui recherchent un défi plus grand et ceux qui ne peuvent gérer que des activités légères (Bethancourt et al., 2014).

5.8 La prescription médicale: l'écrit prévaut sur l'oralité.

Au niveau organisationnel, le fait que la demande vienne du médecin via une prescription médicale a un impact sur la motivation des patients à débuter un programme tel que celui-ci. En effet, les gens de manière générale ne bougent pas quand on leur suggère de le faire. Par contre, ceux-ci bougent quand le contexte les y oblige⁶. Ainsi, lors de l'entretien, lorsque la question suivante est posée: " Selon vous, pourquoi pratiquer de l'activité?", il semblerait que beaucoup soient conscients que bouger, de manière générale, est bon pour la santé. Néanmoins, le passage à l'acte est encore difficile pour une multitude de personnes. Dans le cadre d'une consultation, l'oralité ne suffit pas lorsqu'il est suggéré à un patient de pratiquer de l'activité physique. Par contre, si c'est écrit noir sur blanc par le médecin généraliste, qui, aux yeux du patient a un statut important, la réaction est différente. L'impact de la prescription médicale dans la pratique d'une activité physique a été principalement étudié au Danemark et en Nouvelle Zélande. Selon ces études, une ordonnance écrite aurait en moyenne deux fois plus de chances d'être convertie en actes qu'un conseil oral. Néanmoins, il faut tenir compte de la nécessité de la formation des médecins généralistes par rapport à ce type de démarche. Le but est d'obtenir une meilleure observance thérapeutique du patient sur le long terme (Inserm, 2019).

⁶ www.mangerbouger.be

5.9. Le temps: une gestion complexe

Parmi les obstacles à l'adhésion au programme "Sport sur ordonnance", les arguments les plus récurrents concernent les horaires des séances. Ces contraintes liées aux horaires ont été citées à plusieurs reprises. Celles-ci pouvaient être de l'ordre professionnel, familial ou encore personnel. Ces aspects négatifs émis par les participants permettent de faire le lien avec la capacité de l'homme à gérer son temps. En effet, à l'époque actuelle, nombreuses sont les personnes qui ne prennent plus de temps pour eux, pour leurs activités et leurs loisirs. Cette gestion du temps n'est pas une chose aisée que l'on soit pensionné ou travailleur.

Sur base des concepts évoqués dans le travail : "A Theory of the allocation of time" (Becker, 1965), une étude démontre que les facteurs économiques et démographiques qui influent sur la répartition du temps entre le travail non marchand, les loisirs et le travail marchand ont un impact significatif sur la fréquence de l'activité physique des hommes et des femmes qui travaillent (Brown & Roberts, 2011). De plus, les modèles théoriques de Becker tentent d'expliquer la manière dont les individus choisissent d'allouer leur temps à différentes activités, notamment sur la manière dont celles-ci sont influencées par leur situation économique, environnementale et démographique. Cawley (2004) s'est appuyé sur les théories de Becker afin de développer le modèle d'attribution de temps (SLOTH)⁷ qui intègre l'idée que les individus produisent leur propre santé. Ainsi, l'homme choisit la manière de répartir son temps disponible entre diverses activités telles que le sommeil, les loisirs, l'activité professionnelle, l'activité domestique dans le but de maximiser le bien-être en tenant compte des contraintes financières, biologiques et de temps (Eberth & Smith, 2010). Ainsi, ces contraintes émises par divers participants à l'étude sont à prendre en compte car chaque personne a des obligations peu importe la nature de celles-ci. Néanmoins, les théories développées ci-dessus ne sont pas négligeables. La gestion du temps à notre époque semble être compliquée pour certaines personnes. Le rythme de vie de chaque personne est un frein qui pourrait expliquer leur absence aux séances ou encore leur irrégularité en terme de pratique d'activité physique.

⁷Sleep, leisure, occupation, transportation, household

5.10. Evaluation et suivi insuffisant

Au départ du programme, les kinésithérapeutes font une évaluation pour chaque nouveau participant. Cependant, l'évaluation globale est une critique négative abordée par des participants à l'étude. En effet, l'instauration d'une évaluation ponctuelle avec un bilan devrait être mis en place. D'une part, cela pourrait rassurer les patients et d'autres part, cela permettrait aux professionnels de la santé qui les encadrent, une prise en charge plus ciblée en ayant conscience des nouvelles capacités de chacun.

Par contre, un thème qui n'a pas été abordé pour les participants de notre étude mais bien dans ces deux autres études précédemment citées, est la promotion de ce type de programme. Il est important qu'il y ait davantage d'incitations afin d'amener les gens à s'inscrire et à participer à des programmes d'AP (Bethancourt et al., 2014).

5.11. Limites et biais de l'étude

Dans le cadre de ce travail, il est essentiel de tenir compte de certaines limites et biais auxquels le chercheur a dû faire face. En début d'étude, le premier risque mis en évidence concernait le recrutement des personnes. En effet, les sujets que l'on désirait rencontrer, étaient des personnes atteintes de maladies chroniques, ils n'étaient donc pas toujours facile à atteindre pour diverses raisons: fatigue, horaire de vie, mobilité ou encore hospitalisation. Ainsi, selon leurs conditions de vie, il a fallu s'adapter à chaque situation. Par exemple, pour tenter d'atteindre le plus de personnes possibles, certaines rencontres se sont déroulées au domicile des patients.

De plus, une limite supplémentaire à prendre en considération est qu'au niveau du guide d'entretien, deux questionnaires avaient été réalisés: le premier était destiné aux participants ayant adhérés au projet et le second était destiné aux participants n'ayant pas adhérés au projet. Cependant, seul le premier a été utilisé car les autres personnes ont été difficilement joignables. Dans les faits, un effort important du chercheur a été réalisé en rappelant à plusieurs reprises et à des jours différents ces personnes qui ne répondaient pas aux sollicitations téléphoniques.

Dans le même ordre d'idée, cette étude qualitative comporte un échantillon restreint. Ainsi, comme précédemment expliqué dans la partie "matériel et méthodes", le principe de saturation des données est visé. Au cours des derniers entretiens, aucun élément nouveau

n'a été identifié en ce qui concerne les facteurs motivationnels. Néanmoins, d'autres freins auraient pu être mis en évidence si les personnes n'ayant pas adhérés au projet avaient pu être atteintes. Cependant, la variabilité de l'échantillon a pu être assurée grâce à une méthode d'échantillonnage non probabiliste permettant d'obtenir des profils socio-économiques différents avec des points de vue riches et variés concernant le sujet de l'étude. Ainsi, par cette méthode, une tentative d'élimination de ce biais a été permise, en reproduisant du mieux possible, dans l'échantillon, la variabilité au sein de la population. Cela a d'ailleurs permis d'obtenir des informations intéressante concernant les freins et les critiques du programme "Sport sur ordonnance".

Une autre limite concerne le codage des données car celui-ci a été réalisé par une seule et même personne: le chercheur. Idéalement, une ou deux autres personnes auraient dû coder également, permettant une mise en commun des données et ainsi augmenter la validité interne de l'étude. Néanmoins, cela n'a pas été réalisable au cours de cette étude.

Une limite supplémentaire à citer est que cette recherche est une première expérience et qu'il faut l'appréhender comme un travail d'initiation à la recherche. Afin de limiter au maximum cette limite, un cadre théorique très clair a été suivi du début à la fin à travers la littérature scientifique, les discussions avec les patients et avec les promoteurs.

Par exemple, cette première expérience d'entretiens semi-dirigés auraient sans doute pu être d'une meilleure qualité si les capacités relationnelles et communicationnelles du chercheur avaient été meilleures. Ce biais a tenté d'être cantonné en limitant au maximum l'influence que le chercheur pouvait avoir sur les participants. D'ailleurs, au fur et à mesure des entretiens, les composantes relationnelles et communicationnelles du chercheur se sont vues s'améliorer et cela s'est fait ressentir dans la qualité des entretiens.

Biais de désirabilité sociale : lors des interviews, certains participants ont peut-être voulu se présenter favorablement face au chercheur en répondant dans son sens ou dans le sens de l'étude. Pour tenter de réduire ce biais, les questions ont été rédigées afin d'être les plus neutres possibles. De plus, le chercheur est intervenu le moins possible lors des entretiens et s'est montré le plus neutre possible dans ses réactions et dans sa manière de poser les questions.

5.12. Conclusions

Cette étude s'inscrit dans une perspective d'avenir et est un réel enjeu de Santé publique. Peu d'études ont été réalisées à ce sujet mais ces dernières années, les pouvoirs politiques de divers pays semblent entendre l'urgence qui existe en termes de lutte contre la sédentarité, plus précisément en ce qui concerne les maladies chroniques. Il convient donc d'explorer plus en profondeur les initiatives de ce type. En effet, les résultats de ce programme "Sport sur ordonnance" montrent qu'il s'agit d'un réel outil de santé en terme de bien-être physique, psychologique et social. Comme précédemment cité dans l'introduction de cette étude, le cadre législatif belge a du retard sur nos voisins français. Il est essentiel que les pouvoirs politiques s'emparent de cette question et que tous les acteurs du domaine de soins de santé rassemblent leurs idées afin d'être le plus proactif dans le développement de projet similaire. L'objectif de ce projet pilote est de mettre le patient en mouvement sur la pérennité et que celui-ci devienne autonome dans la pratique d'activité physique régulière. Pour ce faire, il faut tenir compte de ces divers facteurs motivationnels mais également des freins précédemment cités dans cette étude. Il faut continuer de progresser afin de permettre l'amélioration de ce projet et éventuellement de l'étendre au niveau local, régional voire national à l'avenir.

Les résultats originaux de ce travail s'inscrivent dans une perspective de Santé publique dont certains aspects pourraient être approfondis en termes de recherche. En effet, ces résultats pourraient aboutir à une évaluation à plus long terme permettant de mesurer l'impact de ce programme sur la santé physique et mentale des participants.

Ce projet pilote s'inscrit dans un contexte alarmant de lutte contre la sédentarité et les maladies chroniques. Il faut continuer à progresser afin d'atteindre un programme idéal et que ce type d'initiatives s'élargisse au-delà du niveau local afin de motiver la population à être plus active physiquement.

N'est-il pas temps de se mettre en mouvement pour faire bouger les gens ?

6. Bibliographie

- Ancellin, R., & Gaillot-de Saintignon, J. (2017). Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer : des connaissances scientifiques aux repères pratiques. *Oncologie*, 19(3–4), 95–107. <https://doi.org/10.1007/s10269-017-2703-3>
- Anker, S. D., Agewall, S., Borggrefe, M., Calvert, M., Caro, J. J., Cowie, M. R., ... Kirchhof, P. (2014). The importance of patient-reported outcomes: A call for their comprehensive integration in cardiovascular clinical trials. *European Heart Journal*, 35(30), 2001–2009. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu205>
- Bailey, R., Hillman, C., Arent, S., & Petitpas, A. (2013). Physical Activity: An Underestimated Investment in Human Capital? *Journal of Physical Activity and Health*, 10(3), 289–308. <https://doi.org/10.1123/jpah.10.3.289>
- Becker, G. (1965). A Theory of the Allocation of Time. *The Economic Journal*, 75(299), 493-517. doi:10.2307/2228949
- Bethancourt, H. J., Rosenberg, D. E., Beatty, T., & Arterburn, D. E. (2014). Barriers to and facilitators of physical activity program use among older adults. *Clinical Medicine and Research*, 12(1–2), 10–20. <https://doi.org/10.3121/cmr.2013.1171>
- Blair, S. N. (2009). 61 Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st Century. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 10, 29. [https://doi.org/10.1016/s1440-2440\(07\)70066-x](https://doi.org/10.1016/s1440-2440(07)70066-x)
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*, 26(2), 1–18. Retrieved from [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/numero26\(2\)/blais_et_martineau_final2.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/numero26(2)/blais_et_martineau_final2.pdf)

- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Doraiswamy, P. M., Watkins, L., Hoffman, B. M., Barbour, K. A., ... Sherwood, A. (2007). Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosomatic Medicine*, 69(7), 587–596. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318148c19a>
- Brown, H., & Roberts, J. (2011). Exercising choice: The economic determinants of physical activity behaviour of an employed population. *Social Science and Medicine*, 73(3), 383–390. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.001>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports*, 100(2), 126. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/>
- Eberth, B., & Smith, M. D. (2010). Modelling the participation decision and duration of sporting activity in Scotland. *Economic Modelling*, 27(4), 822–834. <https://doi.org/10.1016/j.econmod.2009.10.003>
- Gademan, M. G. J., Deutekom, M., Hosper, K., & Stronks, K. (2012). The effect of exercise on prescription on physical activity and wellbeing in a multi-ethnic female population : A controlled trial. *BMC Public Health*, 12(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-758>
- Gasparini, W., Knobé, S., & Didierjean, R. (2015). Physical activity on medical prescription: A qualitative study of factors influencing take-up and adherence in chronically ill patients. *Health Education Journal*, 74(6), 720–731. <https://doi.org/10.1177/0017896914558644>

- Herazo-beltrán, Y., Pinillos, Y., Vidarte, J., Crissien, E., Suarez, D., & García, R. (2017). Brazilian Journal of Predictors of perceived barriers to physical activity in the general adult population : a cross-sectional study. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 21(1), 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2016.04.003>
- Inserm (2019).Activité physique – Prévention et traitement des maladies chroniques, Éditions EDP Sciences.
- Jakobsson, U., Kristensson, J., Hallberg, I. R., & Midlöv, P. (2011). Psychosocial perspectives on health care utilization among frail elderly people: an explorative study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 52(3), 290-294.
- Kruk, J. (2007). *Physical Activity in the Prevention of the Most Frequent Chronic Diseases : an Analysis of the Recent Evidence*. 8, 325–338. Available from: http://journal.waocp.org/article_24611_dd9514e6afde96a47640912f338733c8.pdf
- Lunenfeld, B., & Stratton, P. (2013). The clinical consequences of an ageing world and preventive strategies. *Best Practice &Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(5), 643-659. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3776003/>
- Nunan, D., Mahtani, K. R., Roberts, N., & Heneghan, C. (2013). Physical activity for the prevention and treatment of major chronic disease : an overview of systematic reviews. *Systematic Reviews*, 2(1), 1. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-2-56>
- Oja, P., & Titze, S. (2011). *Physical activity recommendations for public health : development and policy context*. 253–259. <https://doi.org/10.1007/s13167-011-0090-1>

- Pickering, C., & Kiely, J. (2019). Do Non-Responders to Exercise Exist—and If So, What Should We Do About Them? *Sports Medicine*, 49(1), 1–7. <https://doi.org/10.1007/s40279-018-01041-1>
- Powell, L. M., Slater, S., Chaloupka, F. J., & Harper, D. (2006). Availability of physical activity-related facilities and neighborhood demographic and socioeconomic characteristics: A national study. *American Journal of Public Health*, 96(9), 1676–1680. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.065573>
- Reiner, M., Niermann, C., Jekauc, D., & Woll, A. (2013). Long-term health benefits of physical activity - A systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 13(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-813>
- Sallis, R. (2015). Exercise is medicine: A call to action for physicians to assess and prescribe exercise. *Physician and Sportsmedicine*, 43(1), 22–26. <https://doi.org/10.1080/00913847.2015.1001938>
- Sallis, R. (2009). Exercise is medicine and physicians need to prescribe it! *Medicina Dello Sport*, 62(4), 517–520. <https://doi.org/10.1136/bjsm.2008.054825>
- Seth, A. (2014). Exercise prescription: what does it mean for primary care?. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3876165/>
- Sørensen, J. B., Skovgaard, T., & Puggaard, L. (2006). Exercise on prescription in general practice: A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24(2), 69–74. <https://doi.org/10.1080/02813430600700027>
- Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797–5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>

- Wagner, E. H. (2000). *The role of patient care teams in chronic disease management.* 320(February). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117605/pdf/569.pdf>
- Warburton, D. E. R., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. D. (2006). *Review Health benefits of physical activity : the evidence.* Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1402378/pdf/20060314s00023p801.pdf>
- Willett, W. C., Koplan, J. P., Nugent, R., Puska, P., & Gaziano, T. A. (2002). *Chapter 44 Prevention of Chronic Disease by Means of Diet and Lifestyle Changes.* (chapter 45), 833–850. Available from : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11795/pdf/Bookshelf_NBK11795.pdf
- Yach, D., Hawkes, C., Gould, C. L., & Hofman, K. J. (2004). The global burden of chronic diseases: Overcoming impediments to prevention and control. *Journal of the American Medical Association,* 291(21), 2616–2622. <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2616>

Annexes

Annexe 1 : Consentement relatif au règlement général sur la protection des données (RGPD)



Université de Liège

Formulaire de consentement relatif aux traitements de données à caractère personnel

Evaluation des facteurs qui influencent l'adhésion à l'action pilote « sport sur ordonnance » au Centre de Santé de l'Amblève.

Le ou les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel (ou de celles de la personne dont vous avez la responsabilité légale), conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

1. Qui est le responsable du traitement ?

Le Responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20-Août, 7, B- 4000 Liège, Belgique.

2. Quelles seront les données collectées ?

Il s'agit des récits d'expérience des participants à l'étude « Sport sur Ordonnance ».

Dans un premier temps, les personnes rencontrées répondront oralement à une série de questions ouvertes posées par l'enquêteur. Ces données récoltées seront enregistrées et par la suite, retranscrites de manière anonyme.

Les paramètres principaux qui seront étudiés seront :

- Les représentations des sujets.
- L'expérience et le vécu des sujets.
-

Des paramètres complémentaires seront aussi pris recueillis, tels que :

- Age
- Sexe
- Profession
- Niveau d'étude (primaire, secondaire, supérieur/universitaire)
- Etat civil (célibataire, marié, veuf)
- Niveau d'activité physique (très faible, faible, moyen, élevé, très élevé)
- Type de maladies.

3. À quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?

Il s'agit d'une étude évaluative sur le projet pilote « Sport sur Ordonnance » menée au Centre de Santé de l'Amblève. Celle-ci est réalisée dans le cadre d'un mémoire de master en sciences de la santé publique.

Ces données recueillies seront utilisées uniquement à des fins scientifiques et de recherches aux seuls fin de l'étude.

4. Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?

Ces données seront conservées par le chercheur (Hayen David) pour une durée de quelques mois. Une fois que le traitement de ces données aura eu lieu, ces données seront effacées.

5. Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?

Les données seront collectées à l'aide d'un dictaphone lors d'entretiens semi-directifs. Toutes ces données seront confidentielles. En effet, les fichiers audio seront effacés dès que le transfère dans un fichier zip de l'ordinateur aura été fait. Cela permettra de crypter les données et de protéger les fichiers avec un mot de passe.

6. Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?

Lors de la retranscription écrite, ces données seront anonymisées. Le patient sera identifié par un numéro de type « Entretien patient n°1 »

7. Qui pourra consulter et utiliser ces données ?

- Le chercheur : Hayen David.
- Les promoteurs de l'étude : Charlier Nathan et Bours Samuel.

8. Ces données seront-elles transférées hors de l'Université ?

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement auprès de tiers.

9. Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?

La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel reposent sur votre consentement écrit. En consentant à participer à l'étude, vous acceptez que les données personnelles exposées au point 2 puissent être recueillies et traitées aux fins de recherche exposées au point 3.

10. Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination;
- obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sans frais, la portabilité des données à caractère personnel la concernant et qu'elle a fournies à l'Université, c'est - à - dire de recevoir, sans frais, les données dans un format structuré couramment utilisé, à la condition que le traitement soit fondé sur le consentement ou sur un contrat et qu'il soit effectué à l'aide de procédés automatisés;
- retirer, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire, son consentement. Ce retrait entraîne automatiquement la destruction, par le chercheur, des données à caractère personnel collectées ;
- introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

11. Comment exercer ces droits ?

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au(x) responsable(s) du projet de recherche ou au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique (dpo@uliege.be), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège
M. le Délégué à la protection des données,
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Coûts, rémunération et dédommagements

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude.

Retrait du consentement

Si vous souhaitez mettre un terme à votre participation à ce projet de recherche, veuillez en informer Hayen David, chercheur à l'adresse e-mail suivante : david.hayen1@gmail.com. Ce retrait peut se faire à tout moment, sans qu'une justification ne doive être fournie. Sachez néanmoins que les traitements déjà réalisés sur la base de vos données personnelles ne seront pas remis en cause. Par ailleurs, les données déjà collectées ne seront pas effacées si cette suppression rendait impossible ou entravait sérieusement la réalisation du projet de recherche. Vous en seriez alors averti.

Questions sur le projet de recherche

Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à Hayen David, chercheur en charge du projet à l'adresse e-mail suivante : david.hayen1@gmail.com

Je déclare avoir lu et compris les 4pages de ce présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire signé par les personnes responsables du projet. Je comprends la nature et le motif de ma participation (ou de celle d'un de mes proches dont j'ai la responsabilité légale) au projet et ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles j'ai reçu une réponse satisfaisante. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet ou que la personne dont j'ai la responsabilité légale participe au projet.

Nom et prénom :

Date :

Signature :

Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Nom et prénom :

Date :

Signature :

Annexe 2 : Consentement classique relatif à la confidentialité des données nécessaires à l'enregistrement audio et à l'exploitation des données enregistrées

 **Université de Liège**

Evaluation des facteurs qui influencent l'adhésion à l'action pilote « sport sur ordonnance » au Centre de Santé de l'Amblève.

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité à participer à ce projet de recherche réalisé par Hayen David. Les promoteurs de cette recherche sont Monsieur Nathan Charlier et Monsieur Samuel Bours. La recherche est réalisée dans le cadre d'un mémoire en Sciences de la Santé publique à finalité Gestion des Institutions de soins à l'Université de Liège. La présente lettre vise à vous apporter l'ensemble des informations relatives à l'étude elle-même, à son déroulement et à votre participation.

Présentation :

Lors de cette étude, nous aimerais évaluer votre expérience relative au projet pilote « Sport sur ordonnance » pour lequel vous avez été sollicité par votre médecin traitant.

Déroulement de l'étude et participation du sujet

Le projet pilote « sport sur ordonnance » au Centre de Santé de l'Amblève a débuté durant l'été 2018. Il s'agit d'une action mis en œuvre par le Centre de Santé de l'Amblève. Au cours de ces derniers mois, vous vous êtes vus prescrire du sport sur ordonnance par votre médecin traitant. L'intérêt de cette recherche est d'étudier les facteurs, à travers vos récits et votre expérience, qui vous ont influencés à adhérer ou non à ce projet pilote « Sport sur ordonnance ».

Au travers de cette étude, nous souhaitons donc comprendre pourquoi vous avez accepté/refusé de participer à ce projet mais également comment vous le vivez.

La collecte de données se fera via une interview semi-dirigée. Cela signifie que vous allez répondre à une série de questions ouvertes. L'entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone à condition d'avoir obtenu votre accord au préalable. Toutes les données récoltées seront confidentielles et le traitement de celles-ci sera « anonymisé ». Par ailleurs, sachez qu'il n'y aura pas de bonnes ou mauvaises nouvelles aux questions et qu'il sera possible de refuser de répondre à tout moment.

David Hayen
Etudiant en Sciences de la Santé Publique, Uliège.

Une copie du présent document est remise au participant

Page 1

Formulaire de consentement relatif à la participation à la recherche

Evaluation des facteurs qui influencent l'adhésion à l'action pilote « sport sur ordonnance » au Centre de Santé de l'Amblève.

Je, soussignée(e) déclare :

- Avoir reçu, lu et compris une présentation écrite de la recherche dont le titre et le chercheur responsable figurent ci-dessus.
- Avoir pu poser des questions sur cette recherche et reçu toutes les informations que je souhaitais.

Je sais que :

- Je peux à tout moment mettre un terme à ma participation à cette recherche sans devoir motiver ma décision ni subir aucun préjudice que ce soit ;
- Je peux contacter le chercheur pour toute question ou insatisfaction relative à ma participation à la recherche ;
- Les données recueillies seront strictement confidentielles et il sera impossible à tout moment de m'identifier.
- En vertu de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine, le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant ou à ses ayants-droit, dommage lié de manière directe ou indirecte à l'expérimentation. Il a contracté une assurance à cet égard.

Je donne mon consentement libre et éclairé pour participer en tant que sujet à cette recherche.

Nous vous remercions d'apposer la mention « lu et approuvé ».

Signature du sujet Date (jour/mois/année)

Annexe 3 : Questionnaire destiné aux patients ayant adhéré au projet

1. Est-ce que vous pourriez me raconter, au cours de votre vie, quelle relation avez-vous eu avec l'activité physique ?
2. Quelle est votre relation avec l'activité physique au quotidien ?
3. Comment vivez-vous le fait de pratiquer de l'activité physique tout en étant atteint de maladie(s) chronique(s) ?
4. Selon vous, que signifie être en “bonne santé/mauvaise santé” ?
5. Il y a quelques temps, votre médecin vous a prescrit du “Sport” sur ordonnance, comment l'avez-vous pris ?
6. Parlez moi de votre expérience lié au projet pilote ?
7. Que pensez-vous de l'organisation des séances?
8. Comment vous sentez-vous depuis que vous avez débuté le programme ?
9. Que pensez-vous de l'encadrement et du suivi des séances ?
10. Seriez-vous prêt à quitter un encadrement médical ? A quel moment ?
11. Vous êtes face à un programme qui est gratuit, si celui-ci devenait payant, continueriez-vous à venir ? Pour quelles raisons ?
12. Pratiquez-vous une activité physique régulière en dehors du programme “Sport sur ordonnance” ? Pour quelles raisons ?

Annexe 4 : Questionnaire destiné aux patients n'ayant pas adhéré au projet

1. Est-ce que vous pourriez me raconter, au cours de votre vie, quelle relation avez-vous eu avec l'activité physique ?
2. Quelle est votre relation avec l'activité physique au quotidien ?
3. Comment vivez-vous le fait de pratiquer de l'activité physique tout en étant atteint de maladie(s) chronique(s) ?
4. Selon vous, que signifie être en “bonne santé/mauvaise santé” ?
5. Il y a quelques temps, votre médecin vous a prescrit du “Sport” sur ordonnance, comment l'avez-vous pris ?
6. Quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'avez pas débuté ce programme ?
7. Comment pensez-vous que le programme se déroule ? Comment imaginez-vous que cela se passe ?
8. Pratiquez-vous une activité physique régulière en dehors du programme “Sport sur ordonnance” ? Pour quelles raisons ?

Annexe 5 : COREQ LIST

A. Tong et al.

Table 1 Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

No	Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. bias, assumptions, values and interests in the research topic
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, textual analysis
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? e.g. purpose, convenience, maximise, snowball
11.	Method of approach	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findings		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? e.g. participant number
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

Annexe 6 : Demande d'avis au Collège des Enseignants

Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants

Du Master en Sciences de la Santé publique

(Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be. Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant (prénom, nom, adresse courriel) : David HAYEN ; david.hayen1@gmail.com

2. Finalité spécialisée : GEIS

3. Année académique : 2018-2019

4. Titre du mémoire : **Evaluation des facteurs qui influencent l'adhésion à l'action pilote « sport sur ordonnance » au Centre de Santé de l'Amblève**

5. Promoteur(s) (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

a. Nathan CHARLIER

Docteur en sciences politiques et sociales, chercheur au DSSP

Adresse : Université de Liège – Quartier de l'Hôpital – Avenue Hippocrate 13 – Bât 23

Email : ncharlier@uliege.be Tél : 0474/37.68.86

b. Samuel BOURS

Chef kinésithérapeute

Adresse : Centre de Santé de l'Amblève d'Aywaille - Rue de Septroux 5 4920 Aywaille

Email : samuel.bours@csambleve.be Tél.0473/35.53.69

6. Résumé de l'étude

a. Objectifs

- Évaluer le projet pilote « sport sur ordonnance » qui vise à rendre le patient plus autonome dans sa pratique d'activité physique.
- Comprendre la raison pour laquelle le patient adhère ou non au projet pilote.
- Analyser et mettre en évidence des pistes de solutions sur lesquelles travailler pour améliorer le projet.

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments,...) (+/- 500 mots)

Le projet pilote « sport sur ordonnance » au Centre de Santé de l'Amblève a débuté durant l'été 2018. Il s'agit d'une action mis en œuvre par le CSA et faisant partie intégrante d'un projet plus global nommé « Chronicopôle ». Ainsi, le consortium 3C4H propose la création d'un pôle de référence pour les maladies chroniques accessible à tous les acteurs de la santé et de l'aide. Les personnes concernées par ce projet pilote sont toutes celles qui sont atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques et ne pratiquent pas d'activité physique. Ainsi, ces personnes se voient prescrire du sport sur ordonnance par leur médecin traitant. L'intérêt est d'étudier les facteurs qui influencent les patients atteints de maladies chroniques du Centre de Santé de l'Amblève à adhérer au projet pilote « sport sur ordonnance ».

Il s'agit d'une étude de type qualitative. En effet, le but est de savoir « pourquoi » les sujets participent ou non au projet pilote « sport sur ordonnance » et « comment » ceux-ci le vivent. L'intérêt est de comprendre les déterminants, les facteurs qui influent le fait que les sujets adhèrent ou non au projet.

La population étudiée est constituée des patients du Centre de Santé de l'Amblève ayant été intégrés à l'action « sport sur ordonnance ».

Les sujets seront choisis selon le critère spécifique suivant : le participant a été sollicité par les professionnels de la santé du Centre de Santé de l'Amblève à participer au projet pilote « Sport sur ordonnance ». Ainsi, parmi les sujets, il y aura les adhérents, les non-adhérents mais également ceux qui seront intégrés au projet dans le futur.

Afin que l'échantillon soit le plus diversifié possible, il est intéressant que les profils choisis soient les plus variés possibles d'un point de vue sexe, âge, classe sociale, état civil, niveau d'étude, niveau d'activité physique. Les paramètres principaux étudiés seront les représentations des sujets ainsi que l'expérience et le vécu des sujets. Par ailleurs d'autres paramètres seront pris en compte, tels que l'âge, le sexe, le niveau d'étude, la classe sociale, l'état civil, le niveau d'activité physique, la mobilité, les maladies.

La collecte de données se fera via une interview semi-dirigée. Les personnes seront contactées et sollicitées via les professionnels de la santé du Centre de Santé de L'Amblève. Dans le cas où elles acceptent de participer à la recherche, le chercheur prendra contact avec eux afin de pouvoir fixer un rendez-vous pour la rencontre.

Les attentes et les modalités de l'entretien seront brièvement expliquées en début d'interview.

La durée de l'interview sera comprise entre 30 minutes et 1h.

L'entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone à condition d'avoir obtenu l'accord préalable du sujet. Cette méthode permettra d'avoir une discussion plus fluide et plus sincère. Par la suite,

une retranscription complète de l'entretien sera réalisée en y intégrant également le discours non verbal du sujet. Toutes les données recueillies seront confidentielles et le traitement de celles-ci sera « anonymisé ». Pour ce faire, les fichiers audio seront transférés sur un ordinateur dans un fichier zip permettant de crypter les données et de protéger les fichiers avec un mot de passe. Lors de la retranscription, ces données seront anonymisées. Le patient sera identifié par un numéro de type « Entretien patient n°1 ». De plus, une fois la retranscription effectuée, le fichier audio sera supprimé.

7. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? **Oui**
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? **Non**
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? **Oui**
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? **Non**
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? **Oui**
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? **Non**
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? **Non**
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? **Non**
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? **Non**
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ?
Non

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Ethique, soit le Comité d'Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Ethique hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur sollicite l'avis du Comité d'Ethique car :

- cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.

Date : 18/03/2019 Nom et signature du promoteur : Mr Chartier

Annexe 6 : Réponse du Collège des Enseignants

The screenshot shows an email interface with the following details:

Subject: TR: Demande d'avis CE - David HAYEN

From: Master en Sciences de la Santé publique

To: David Hayen

Cc: Nathan Charlier

Attachment: Formulaire de d.../avis au CE(1).pdf (172,7 ko)

Date: 1 Avril 2019 11:34

Email Content:

Bonjour,

Suite à l'analyse de votre demande d'avis au Comité d'éthique dans le cadre des mémoires des étudiants du Département des Sciences de la Santé publique, le Collège restreint des Enseignants vous invite à envoyer la demande d'avis que vous nous avez fait parvenir (voir pièce jointe) au Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire de Liège via l'adresse e-mail suivante : ethique@chu.ulg.ac.be. N'oubliez pas de bien stipuler dans votre e-mail, que vous demandez un avis au Comité d'éthique en vue d'une publication. Il n'est donc pas nécessaire de soumettre votre protocole complet au Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire de Liège.

Nous vous rappelons que l'avis du Comité d'éthique doit être obtenu avant de démarrer la collecte des données de votre mémoire.

Bonne continuation.

Bien à vous,

Le Collège restreint des Enseignants

-----Message d'origine-----
De : Master en Sciences de la Santé publique [mailto:mssp@uliege.be]
Envoyé : mardi 26 mars 2019 09:19
À : ethique@chu.ulg.ac.be
Objet : Demande d'avis CE - David HAYEN

Annexe 7 : Approbation du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège

Liège

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 09/04/2019

Monsieur le Prof. M.GUILLAUME
Monsieur le N. CHARLIER/S. BOURS
Service de SANTE PUBLIQUE
CHU B23

Concerné: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: 2019/112

"Evaluation des facteurs qui influencent l'adhésion à l'action pilote "sport sur ordonnance" au Centre de Santé de l'Amblève."

Cher Collègue,

Le Comité constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité d'Ethique donne son accord à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agrérer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs,

Prof. V. SEUTIN
Président du Comité d'Ethique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

C.H.U. Sart Tilman, Domaine Universitaire du Sart Tilman – B35, 4000 LIEGE 1
Président : Professeur V. SEUTIN, Vice-Président : Professeur J. DEMONTY
Secrétaire exécutif : Professeur L. DELATTRE
Secrétaire administratif : H. MASSET Tel : 04 366 83 10 – Fax : 04 366 74 41
Mail : ethique@chu.ulg.ac.be
Infos disponibles sur : <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>