



HAL
open science

Activité physique, santé et éducation thérapeutique du patient chronique

Aude-Marie Foucaut

► **To cite this version:**

Aude-Marie Foucaut. Activité physique, santé et éducation thérapeutique du patient chronique. Éducation Thérapeutique (4ème édition) : Prévention et Maladies Chroniques, Elsevier, pp.219-233, 2020, 10.1016/B978-2-294-76931-3.00023-8 . hal-03935534

HAL Id: hal-03935534

<https://hal.science/hal-03935534>

Submitted on 22 Feb 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Copyright

Activité physique, santé et éducation thérapeutique du patient chronique – Aude-Marie Foucaut

De quoi parle-t-on ?

L'activité physique représente tous les mouvements corporels produisant une augmentation marquée de la dépense énergétique par rapport à la dépense énergétique de repos [1]. Elle ne se réduit pas seulement à la pratique sportive, mais elle inclut un ensemble d'activités de la vie quotidienne associées aux tâches domestiques, à l'activité professionnelle, aux déplacements, ou aux loisirs [2]. L'inactivité physique représente le manque d'activités physiques d'intensité au moins modérée, ce qui ne permet pas au sujet d'atteindre les recommandations minimales d'activité physique pour le maintien de sa santé. Quant au comportement sédentaire, à distinguer de l'inactivité physique [3], il représente un style de vie correspondant à des activités en position assise ou allongée excessives (en dehors du sommeil) au cours desquelles la dépense énergétique est proche de celle de repos. On peut distinguer parmi les comportements sédentaires les activités dites « écran », facilement mesurables, telles que la télévision, l'ordinateur, et les jeux vidéo non actifs. Il est alors possible au cours de la journée d'être physiquement actif tout en adoptant des comportements sédentaires.

Au regard de la santé, ces différents comportements sont à distinguer, et dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient, il est important de clarifier ces concepts tant les patients peuvent en avoir des représentations, parfois erronées, et pouvant entraîner des conséquences sur l'adoption de comportements favorables à la santé. Prenons l'exemple de la confusion entre les deux termes « sport » et « activité physique ». Le sport, ou activité sportive, comprend l'ensemble des activités corporelles codifiées, régies par des règles, et organisées (ex. tennis, football, judo, etc.). En Europe, ce terme englobe les activités sportives compétitives et non compétitives [1]. Le sport ne concerne donc qu'une partie des activités physiques possibles. Il conviendra alors, dans le conseil et dans l'éducation, d'utiliser préférentiellement le terme « activité physique » plutôt que « sport », qui revêt dans l'imaginaire collectif un aspect plutôt compétitif, et dont l'emploi sera souvent contreproductif notamment auprès des personnes ayant été peu sportives dans le passé ou ayant mal vécu leur expérience d'éducation physique et sportive dans l'enfance [4].

Recommandations

Depuis 2011, l'activité physique est reconnue comme une thérapeutique non médicamenteuse [5] – que l'on préférera dorénavant appeler intervention non médicamenteuse [6,7]. A ce titre, l'activité physique « nécessite une participation active du patient en interaction ou non avec un professionnel spécialisé et faisant l'objet de recommandations de bonnes pratiques dont la validité est reconnue en France » [5]. Les recommandations pour le maintien de la santé sont, pour partie, d'effectuer au

minimum une activité physique cardio-respiratoire de 30 minutes par jour, d'intensité modérée à élevée, au moins 5 jours par semaine, et si possible tous les jours. Quant à l'amélioration de la santé, elle ne sera possible qu'avec un niveau (ou un volume) d'activité physique plus élevé. Toutes les recommandations d'activité physique sont proposées en détail dans le rapport de préconisation de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) [8]. Elles vont maintenant au-delà de l'activité physique cardio-respiratoire, et proposent des repères sur le renforcement musculaire, les assouplissements, et la mobilité articulaire. Ces éléments correspondent aux composantes de la condition physique par rapport à la santé. Les recommandations pour les personnes atteintes d'une maladie chronique sont sensiblement les mêmes [9]. En ce qui concerne les comportements sédentaires, il convient de réduire le temps passé assis et également de se lever et bouger quelques minutes environ toutes les 2 heures [8]. Cela souligne l'importance de la connaissance et de la compréhension de ces recommandations, complexes, et dont le message se modifie au cours des années, provoquant parfois certaines confusions chez les professionnels et les patients (« qu'est-ce qu'une intensité modérée, à quoi correspondent les 30 minutes, peut-on les scinder ? ») [10,11].

Les professionnels peuvent avoir tendance à se référer à des indicateurs, tels des seuils à atteindre, sans nécessairement chercher à les adapter au patient. C'est le cas pour les recommandations de santé publique sus-citées, mais l'exemple typique des 10 000 pas par jour illustre bien ce propos. En effet, cet indicateur de la recommandation journalière d'activité physique, considéré en valeur absolue, est généralement démotivant parce que compliqué à atteindre par les patients. Cet indicateur dont la source initiale est un message marketing, n'a jamais été testé cliniquement, et a malgré tout été repris dans les études épidémiologiques : il est donc non-adapté et de plus non-relatif à la condition physique initiale de la personne [12]. Ces types d'indicateurs ou de seuils objectifs et normatifs peuvent être intéressants, mais ils sont à interpréter et à adapter selon la personne [13]. En effet, ils peuvent induire chez le patient un sentiment de découragement et de culpabilité lorsque le seuil n'est pas atteint.

Principes de mise en œuvre de l'activité physique et de son maintien

Un regard éclairé du patient lui permettra de mettre en œuvre des objectifs d'activité physique pertinents, raisonnables, raisonnés, progressifs et faisables pour lui à un moment donné [14]. Il est à noter que la mise en œuvre et le maintien de ce comportement de santé par le patient dépendrait plus de sa recherche de plaisir que de ses attentes de bénéfices en santé [15,16]. Alors, l'intérêt sera peut-être, en premier lieu, plutôt que de suivre nécessairement les recommandations, de s'assurer que la personne parviendra à faire de l'activité physique de façon autonome, régulière, inscrite dans la durée et donc dans ses habitudes de vie quotidienne, avec plaisir et en sécurité. En effet, « une des

clés serait que les participants calent leur intensité d'effort avec leur sensation optimale de plaisir, cette dernière étant proche du seuil ventilatoire [soit de l'intensité modérée] (par « autosurveillance et autorégulation de l'intensité de l'exercice sur la base des réponses affectives »). Délaisser la fréquence cardiaque cible (...) permettrait de maximiser les chances de poursuite de la pratique [17] » [18].

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient ont régulièrement des objectifs concernant l'adoption d'un style de vie actif : visant l'augmentation du niveau d'activité physique et parfois la réduction des comportements sédentaires. C'est le cas, par exemple, pour les programmes en direction des patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive [19], d'ostéoarthritis du genou et de la hanche [20], en surpoids ou obèses [21], nouvellement diagnostiqués d'un diabète de type 2 [22], atteints de maladie artérielle périphérique et claudication intermittente [23], d'insuffisance cardiaque [24,25], de coronaropathie [26], de polyarthrite rhumatoïde [27], etc. Ces programmes sont parfois combinés à de la pratique d'exercices physiques – sous-catégorie de l'activité physique, ayant un caractère délibéré, planifié, structuré, répété, et qui vise l'amélioration ou le maintien des dimensions de la condition physique [7]. L'exercice physique peut être appelé Activité Physique Adaptée (APA) lorsqu'il est individualisé et mis en œuvre par un professionnel titulaire d'un diplôme universitaire de niveau 6 dans ce domaine [28].

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient qui intègrent une éducation à un style de vie actif apportent aux patients une réponse et une opportunité supplémentaire à l'adoption des comportements favorables à la santé. Cette thématique d'éducation thérapeutique est effectivement promue dans diverses populations [7,9,20,29,30], et plus généralement pour les personnes concernées par un accompagnement en Activité Physique Adaptée notamment dans les milieux sanitaires et médico-sociaux [31]. En outre, la combinaison de l'éducation et de la pratique d'Activité Physique Adaptée est en totale cohérence avec la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 144 [32], permettant au médecin de prescrire une activité physique adaptée aux patients en affection de longue durée (Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 [33]; Instruction du 3 mars 2017 [34]). Pour certaines pathologies, l'exercice physique serait d'ailleurs un des seuls accompagnements qui, lorsqu'il est adapté, provoque des effets bénéfiques sans innocuité [7,35].

Agir sur les comportements propres à un style de vie actif

Deux constats ont été formulés récemment dans la revue de littérature effectuée dans l'expertise Inserm « Activité physique : prévention et traitement des maladies chroniques » [7]. D'une part le niveau d'activité physique des personnes atteintes des maladies chroniques les plus prévalentes est

globalement moindre que celui de la population générale de même âge. D'autre part, le maintien d'une activité physique au long cours reste limité, même après un programme d'exercices supervisés. La pratique d'une activité physique dans le quotidien, lorsque la personne est en affection de longue durée, revêt un caractère complexe et multidimensionnel. C'est un nouveau comportement à entreprendre, à implémenter de façon durable dans les habitudes du quotidien [36,37].

Selon les différentes théories de changement de comportement, la motivation des personnes malades chroniques à adopter un comportement lié à leur santé, ici à un style de vie actif, dépendrait de leur intention d'agir. Ces intentions sont influencées par des facteurs de nature cognitive (résultant de perceptions, d'évaluations, de croyances, de sentiment de compétence) et sociale (entourages, pairs, professionnels et environnement large) [16]. Bien que l'efficacité de l'éducation thérapeutique du patient sur les facteurs motivationnels à l'engagement dans un style de vie actif ait été peu ou pas étudiée, nous pouvons formuler quelques hypothèses concernant notamment les facteurs cognitifs.

Ainsi, l'éducation thérapeutique du patient à un style de vie actif pourrait s'adresser aux croyances que l'individu élabore non seulement autour des effets attendus de l'activité physique sur lui, sur son corps et sur ses symptômes, mais aussi autour des risques de l'activité physique, de l'inactivité physique et des comportements sédentaires pour lui. Cette éducation pourrait également accompagner le patient dans le gain de connaissances et de compétences à s'auto-évaluer, à exprimer ses difficultés de se mouvoir, à estimer les barrières et les facilitateurs de son activité physique, ou encore à planifier de façon raisonnée une activité physique voire des exercices physiques dans son quotidien. De façon plus indirecte, l'éducation thérapeutique portant sur un style de vie actif pourrait participer au gain de sentiment de compétence des individus à initier et maintenir ce comportement favorable à la santé, de façon autonome. Par ailleurs, et en rapport avec les thèmes pluridisciplinaires abordés dans un programme d'éducation thérapeutique, l'éducation à un style de vie actif pourrait conduire le patient à établir des liens entre l'activité physique et d'autres actions qu'il doit engager et prioriser (équilibre alimentaire, observance thérapeutique, prise de traitement prophylactique, adaptation des doses de traitements médicamenteux, etc.).

Les comportements actifs seront fonction de l'acceptation de la maladie et concourront à cette acceptation, à l'acquisition d'une meilleure connaissance de la maladie et des symptômes, à une meilleure connaissance de son traitement, de ses effets, de ses adaptations et de ses interactions avec l'activité physique. L'éducation à un style de vie actif y contribuera : de passif, le patient deviendra dès lors actif (dans son corps et dans ses soins) – ce qui transformera également la position du corps médical et soignant à son égard.

Compétences nécessaires à la mise en œuvre d'un style de vie actif

On remarque parfois, chez les professionnels de l'éducation thérapeutique, des difficultés à formuler les objectifs éducatifs relevant d'un style de vie actif, ainsi que leurs objectifs contributifs – les objectifs éducatifs d'activité physique étant par exemple détournés en objectifs thérapeutiques de type prescriptifs : « effectuer 30 minutes par jour d'activité physique modérée », « faire du renforcement musculaire deux fois par semaine », etc.

Au regard de l'aspect transversal des compétences nécessaires à la pratique d'une activité physique régulière et à la réduction des comportements sédentaires, on peut facilement imaginer des compétences génériques, communes à tous les programmes d'éducation thérapeutique incluant l'éducation à un style de vie actif. Ces compétences génériques seraient également adaptées dans le cadre de programmes à destination de patients polypathologiques. Une liste non-exhaustive est proposée ci-dessous.

Exemples de **compétences génériques, contributives à la compétence du patient à adopter un style de vie actif, adapté à ses besoins, avec régularité et plaisir** (selon A-M Foucaut) :

- Repérer les moments actifs et les comportements sédentaires dans son quotidien ;
Certains objectifs contributifs peuvent être cités :
 - ↳ Définir la notion d'activité physique et de sport ;
 - ↳ Citer les bénéfices et les risques de l'activité physique pour sa santé ;
 - ↳ Définir l'inactivité physique et les risques de ce comportement sur sa santé ;
- Comprendre et identifier les intensités de ses activités quotidiennes ;
- Adapter son intensité d'exercice en fonction de son essoufflement ;
- Planifier, pratiquer et ajuster son activité physique (et sportive) et réduire ses comportements sédentaires dans son quotidien ;
- Se fixer des buts de pratique d'activité physique à atteindre ;
- Choisir ses activités physiques en fonction de leurs caractéristiques, de ses goûts et des recommandations ;
- Impliquer ses proches dans ses activités sportives et dans la gestion de son nouveau mode de vie actif ;
- Evaluer et interpréter ses capacités physiques et exprimer ses perceptions et ses besoins ;
- Utiliser des objets connectés d'auto-mesure (*self tracking*) à bon escient ;
- Vivre des mouvements corporels en toute sécurité ;
- Discerner les informations susceptibles d'aider dans ses choix en activité physique ;
- Exprimer ses besoins aux professionnels de santé et de l'activité physique.

D'autres exemples d'objectifs contributifs, ici spécifiques à certaines populations, peuvent être formulés comme tels :

- Dans le cas de pathologies métaboliques, avec l'exemple du diabète : s'expliquer les variations de sa glycémie dues à l'activité physique ; surveiller sa glycémie avant, pendant et après

- l'activité physique et savoir réagir en conséquence ; choisir les chaussures adaptées pour pratiquer son activité physique ou sportive ;
- Dans le cas de pathologies cardio-vasculaires : lire et interpréter sa fréquence cardiaque à l'effort sur un cardiofréquencemètre ; s'expliquer la survenue de sa maladie en lien avec l'inactivité physique ;
 - Dans le cas de pathologies respiratoires : comprendre son symptôme de dyspnée à l'effort ; faire face à une crise d'asthme à l'effort ; s'expliquer le bénéfice de la pratique d'activité physique sur sa capacité ventilatoire ;
 - Dans le cas du cancer : identifier un projet d'activité physique réalisable pendant ses traitements de chimiothérapie ; s'expliquer l'effet de l'activité physique sur sa fatigue cancéro-induite ;
 - Dans le cas de l'hémophilie : connaître les risques d'hémarthroses et d'hémorragies selon ses activités physiques et sportives pratiquées ; mettre en place ses traitements de prophylaxie en fonction des activités prévues ;
 - Dans le cas de la lombalgie chronique : exprimer ses craintes face au mouvement ; corriger ses postures dans ses gestes du quotidien et dans ses gestes sportifs ;
 - Dans le cas d'une pathologie psychiatrique : définir l'effet bénéfique de l'activité physique sur la prise de poids induite par ses traitements neuroleptiques ; reconnaître ses réussites dans l'activité sportive et s'expliquer et relativiser ses difficultés.

Stratégies et modalités d'intervention dans l'éducation à un style de vie actif

L'éducation à un style de vie actif au sein des programmes d'éducation thérapeutique du patient a parfois été menée par des professionnels divers, et dont le cœur de métier n'était pas spécifiquement l'activité physique. Depuis 2009 des professionnels de l'activité physique et sportive, formés à l'éducation thérapeutique, ont été formellement intégrés dans les programmes, bien que non professionnels de santé. Ils étaient initialement appelés « éducateurs médico sportifs », notamment dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient diabétique [29]. Actuellement, ce sont les professionnels issus des Unités de Formation et de Recherche (UFR) en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS), spécialisés en Activité Physique Adaptée (APA) et Santé (diplôme de niveau 6 – Licence – voire de niveau 7 – Master) qui interviennent. Depuis 2011, leur appellation concédée est « Enseignant en Activité Physique Adaptée » [38,39]. Les futurs enseignants en APA sont, selon les universités, de plus en plus formés aux 40 heures d'éducation thérapeutique du patient au sein de leur formation initiale.

L'expertise et les compétences de l'enseignant en APA concourent à la mise en œuvre d'objectifs éducatifs en lien avec la pratique d'activité physique régulière et la réduction des comportements sédentaires. Si tous les professionnels se sentent capables de conseiller les patients sur ces thèmes à partir de leurs connaissances et de leurs compétences expérientielles, le support d'un professionnel – dont le cœur de métier est la mise en œuvre de l'Activité Physique Adaptée auprès de personnes ne pouvant pas pratiquer d'activité physique ordinaire [28] – facilitera l'action et sera garant de l'efficacité de l'éducation à un style de vie actif.

En effet, tout comme un médecin participera aux objectifs éducatifs en lien avec les décisions à prendre concernant la gestion de la maladie et de son traitement, l'enseignant en APA, en interdisciplinarité, apportera son expertise afin de proposer des objectifs et des actions pertinentes au regard de ce qu'il connaîtra du patient (par le diagnostic éducatif notamment). Cela signifie alors qu'un diagnostic éducatif, dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique intégrant la question du style de vie actif, doit questionner le rapport qu'établit le patient avec l'activité physique et les comportements sédentaires. On peut par exemple poser les questions spécifiques suivantes : « *y a-t-il des choses que vous avez modifié dans vos activités en raison de votre état de santé ?* », « *que diriez-vous de votre activité physique actuelle ?* », « *qu'est-ce que vous faites, ou qu'envisageriez-vous de faire, pour vous sentir mieux dans vos activités ?* ». Par ailleurs, le professionnel intervenant dans l'éducation à un style de vie actif devra avoir accès aux informations relevées par les professionnels des autres disciplines, lors du diagnostic éducatif et des séances éducatives, afin d'être le plus à même d'apporter un accompagnement individualisé au patient. L'enseignant en APA, qui n'est pas un professionnel de santé, est malheureusement parfois mis à l'écart des équipes d'éducation thérapeutique du patient, l'empêchant de travailler dans une démarche interdisciplinaire contribuant pourtant à l'efficacité de l'accompagnement éducatif du patient [40,41].

Dans son cœur de métier, l'enseignant en APA doit « participer au processus de changement de la personne par la médiation de l'activité physique afin de lui permettre de développer ou de maintenir sa qualité de vie » [28]. Pour cela, il se base sur le vécu de la personne, établit et co-construit un projet personnalisé d'activité physique ayant du sens dans son projet de vie. Il utilise des techniques et des outils issus des approches motivationnelles. Et finalement, il emprunte les principes de l'éducation thérapeutique du patient et en maîtrise les outils et les méthodes propres au sein des équipes, et au même titre que les autres professionnels [28]. A ce titre, ce professionnel s'intègre au parcours de soin, via son action en Activité Physique Adaptée et également sa participation à l'éducation thérapeutique du patient.

L'activité physique doit être utilisée non pas seulement pour ce qu'elle est, mais pour ce qu'elle procure. En d'autres termes et comme décrit dans l'expertise de l'Inserm « l'enseignant en APA dispose d'une formation universitaire pluridisciplinaire qui lui permet d'évaluer, à partir d'une maîtrise des données scientifiques, les ressources bio-psycho-sociales et les besoins de la personne pour co-construire avec elle un projet au sein duquel il met en place des situations d'enseignement : l'activité [physique] est donc pour lui un moyen et pas seulement une fin » [7]. Dans l'exercice de son métier, il agira alors dans le but d'augmenter les capacités de la personne [29], et ce dans une démarche réflexive et holistique [42]. L'intégration dans les programmes de ce professionnel

intrinsèquement impliqué dans une démarche éducative (d'où sa dénomination d'« enseignant » en APA), et participant au *Care* [42], renforcera l'accompagnement de l'empowerment individuel des patients.

Une attention particulière devra être portée sur le plaisir dans l'activité physique, pour que ce comportement s'inscrive sur le long terme dans la vie du patient. A cette fin, une posture rassurante vis-à-vis du patient sera à préserver. L'intervenant fera prendre conscience au patient qu'il est « capable de faire ». La démarche du professionnel intégrera naturellement le plus possible d'aspects motivationnels : objectifs SMART (Spécifiques, Mesurables, Acceptables, Réalistes et déterminés dans le Temps) établis suivant le diagnostic éducatif et inscrits dans le contrat éducatif ; identification des processus de changements du patient par l'intervenant afin d'adapter son accompagnement ; travail sur les barrières et les facilitateurs au changement lors des séances éducatives ; amélioration du sentiment de compétence par une meilleure connaissance de soi, de sa situation, et de ses capacités [43].

Stratégies de communication sur l'éducation à un style de vie actif auprès des patients

La communication autour d'un programme d'éducation à un style de vie actif doit être claire. En effet, annoncer « sport » plutôt qu'« activité physique » peut impliquer des représentations n'engageant pas les patients physiquement inactifs à s'investir dans le programme, pour les raisons exprimées plus haut. On peut se poser la question de l'intérêt que représente pour un patient très inactif et en situation d'obésité le fait de s'inscrire dans un programme, s'il en a une représentation biaisée du fait de la communication (« c'est du sport, je n'en suis pas capable, ce n'est pas pour moi »). On s'expose donc au risque de ne pas faire bénéficier du programme des patients qui en auraient finalement le plus besoin.

Le message doit aussi être clair sur la modalité des séances éducatives : soit consacrées à la compréhension, à la motivation, aux stratégies d'application de l'activité physique, soit à son expérience par des exercices physiques, soit les deux. En effet, certains patients ne désirant pas pratiquer d'exercice physique dans le cadre médical, ou avec d'autres patients, risquent de ne pas s'inscrire dans le programme d'éducation thérapeutique par défaut de communication, par crainte de se trouver dans une obligation de pratiquer.

L'annonce de résultats attendus au niveau thérapeutique (perte de poids, régulation de la glycémie, diminution de la fatigue, etc.), au détriment des aspects éducatifs (gain de connaissances et de compétences afin d'être physiquement actif dans le quotidien suivant ses besoins), peut s'avérer être trop précoce au regard de ce que peut réellement apporter un programme d'éducation à un style de vie actif. Comme cela a été développé plus haut, des objectifs et des attentes atteignables

faciliteront un maintien de la motivation. L'enjeu étant la mise en œuvre, la poursuite et la pérennisation de l'activité physique après la fin du programme, si les bénéfices annoncés et escomptés ne sont pas atteints au terme de celui-ci, le patient risque d'être freiné dans son processus de changement, du fait de discordances, d'incompréhensions, et de doutes quant à son sentiment d'être capable de mettre en œuvre à l'avenir un style de vie actif. Sachant de plus que les premiers bénéfices physiologiques ne peuvent être attendus qu'à partir de 3 semaines de pratique d'exercices physiques supervisés 3 fois par semaine [18], il semble évident qu'un programme d'éducation ne procurera pas, ou peu, de bénéfices thérapeutiques à court terme. Par contre les bénéfices biomédicaux de l'activité physique, annoncés comme des objectifs à long terme et secondaires du programme d'éducation thérapeutique, permettront au patient la mise en perspective des résultats escomptés.

Les supports de communication doivent donc être les plus intelligibles et réalistes possibles car les conséquences peuvent être des attentes erronées, voire une motivation basée sur des croyances. Cela peut être considéré comme une barrière à l'inscription dans le programme et à l'adhésion à celui-ci. Il est également question des illustrations utilisées (photos, dessins, etc.). Un exemple, même quelque peu excessif : l'affiche d'un programme d'éducation thérapeutique sur la fatigue cancéro-induite – effet indésirable contre lequel l'activité physique a montré son efficacité –, montrant une jeune fille, mince, souple, en bonne condition physique, en plein exercice physique, les cheveux dans le vent, pourraient biaiser les représentations et empêcher 1. les hommes de se sentir concernés par le programme ; 2. les personnes en surpoids ou obèses de s'inscrire ; 3. les personnes ayant une faible perception de leur condition physique de se juger capables d'en faire partie ; 4. les personnes en pleine chimiothérapie, alopéciques, et mal dans leur corps, de sortir d'un certain sentiment de frustration et parfois de rage...

Ingénierie pédagogique du programme d'éducation à un style de vie actif

Au sein d'un programme d'éducation thérapeutique du patient, il peut être très intéressant d'intégrer des temps d'exercices physiques ou d'Activité Physique Adaptée, à condition que ce soit faisable en termes d'évaluations (condition physique), de professionnels intervenants disponibles (enseignant en APA), de place et de temps pour sa mise en œuvre. Il faudra alors veiller particulièrement à intégrer des objectifs éducatifs à la séance de pratique d'exercices physiques. Cela participera à l'acquisition de compétences à mettre en œuvre l'activité physique de façon autonome. A cette fin, la pratique d'Activité Physique Adaptée sera accompagnée d'une stimulation de la réflexivité qui alimentera un éprouvé du patient (par exemple en travaillant sur la perception de l'intensité de l'exercice physique). Cette compétence de l'éprouvé [44] permettra de la part du patient une approche plus subtile de lui-même, de son corps et de son activité physique, et une

meilleure application des adaptations de son activité physique au quotidien. Les temps de pratique d'exercices physiques permettront également au patient de réinvestir progressivement les apprentissages des séances éducatives. La présence de la pratique d'Activité Physique Adaptée au sein du programme d'éducation thérapeutique constitue une originalité. En effet, elle peut apporter au patient des effets directs, une prise de conscience de ses capacités, le fait de passer par le « faire ». Par ailleurs, pratiquée en groupe et intégrant des objectifs spécifiques de cohésion de ses membres, l'Activité Physique Adaptée peut être source de soutien social, de vicariance, d'acquisition de compétences psycho-sociales et participer à l'augmentation de l'adhésion à l'activité physique à la suite du programme [45].

Si une pratique d'Activité Physique Adaptée est prévue au sein du programme d'éducation thérapeutique, l'évaluation initiale de la condition physique (tests physiques) et du niveau d'activité physique (questionnaire auto-rapporté) sera primordiale afin d'individualiser l'exercice physique. Ces évaluations physiques, bien que ne correspondant pas au résultat direct de l'intervention éducative, peuvent par contre constituer un support intéressant à l'éducation thérapeutique. En effet, les évaluations apportent indirectement, grâce à l'observation de l'enseignant en APA, une estimation des connaissances du patient sur l'activité physique et sur les comportements sédentaires (au moment de remplir le questionnaire), sur la connaissance de son corps, sur ses compétences à s'autoévaluer, ses compétences en termes de posture corporelle (au moment des tests physiques). Effectuées à nouveau à la fin du programme, ces évaluations permettront également de constater, en plus du gain de condition physique et de niveau d'activité physique, un gain de connaissances et de compétences. Les résultats de ces évaluations pourront participer à accompagner le patient dans l'apprentissage de son autoévaluation, de l'interprétation et de la compréhension de ses propres capacités physiques. Les résultats des évaluations pourront également, selon leur évolution et suivant le type de programme, faire office de feedback positif au patient, le motivant davantage encore pour la poursuite d'un style de vie actif après la fin du programme.

Certaines techniques pédagogiques et des outils peuvent être utiles dans le cadre de séances éducatives portant sur le style de vie actif. C'est le cas du Photolangage, du Métaflan[®] ou du jeu de rôle dans un objectif de gain de connaissances sur les comportements d'activité physique, d'inactivité physique ou de sédentarité, sur l'exploration des bénéfices et risques de l'activité physique, ou encore des barrières et facilitateurs à l'activité physique. Il est possible d'éprouver et de percevoir l'intensité de son effort lors de séances pratiques de marche ou de marche nordique, au moyen du « talk test » [46], de l'échelle de Borg de perception de l'effort [47], de l'utilisation d'un cardio-fréquence-mètre pour comprendre les réactions du cœur et du corps dans l'effort. Afin d'évaluer son niveau d'activité physique, de distinguer les intensités de ses activités et leur

répartition, et élaborer sa planification d'activité physique dans la semaine, un semainier et des vignettes correspondant à des activités diverses peuvent être utilisés. Dans le cadre de l'éducation à un style de vie actif, la création de techniques et d'outils pédagogiques originaux et adaptés sera particulièrement souhaitable, principalement au regard du contexte du programme d'éducation thérapeutique, des connaissances en constante évolution sur ce sujet, du profil clinique du patient, et de son niveau de littératie en santé [48].

Conclusion

Le processus d'engagement dans une activité physique est complexe et ne se résume pas à la seule prescription ou injonction de pratique d'activité physique, ni à la seule orientation vers une association ou un interlocuteur. L'engagement dans un style de vie actif, auquel l'éducation thérapeutique du patient participera, passe par une expérience de son corps en mouvement, renouvelée ou prolongée, impliquant un nouveau rapport au corps [29,49,50]. La pratique d'activité physique devra avoir un sens pour la personne, l'engageant dans une pratique autodéterminée qui prenne du sens pour elle-même [29,51], et ce au regard de son auto-normativité [52] et de l'expression de ses valeurs, qu'il faudra connaître et soutenir [53].

Bibliographie

- [1] Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 1985 ; 100 : 126-31.
- [2] Khan KM, Thompson AM, Blair SN, Sallis JF, Powell KE, Bull FC, Bauman AE. Sport and exercise as contributors to the health of nations. *Lancet* 2012 ; 380(9836) : 59-64.
- [3] Chevance G, Foucaut AM, Bernard P. État des connaissances sur les comportements sédentaires. *Presse Med* 2016 ; 45(3) : 313-318.
- [4] Ladwig MA, Vazou S, Ekkekakis P. « My best Memory is when I was done with it »: PE memories are associated with adult sedentary behavior. *Transl J Am Coll Sports Med* 2018 ; 3(16) : 119-129.
- [5] HAS. Rapport d'orientation : Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. 2011.
- [6] Ninot G. Guide professionnel des interventions non médicamenteuses : évaluation, réglementation, utilisation. Paris, Dunod, 2019.
- [7] Inserm. Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques. Collection Expertise collective. Montrouge, EDP Sciences, 2019.
- [8] Agence Nationale de Sécurité Sanitaire Alimentation, Environnement, Travail (Anses). Rapport d'expertise collective : actualisation des repères du PNNS – Révision des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. 2016.
- [9] HAS. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes, 2019.
- [10] Ekkekakis P. Redrawing the model of the exercising human in exercise prescriptions: From headless manikin to a creature with feelings! in Rippe JM. *Lifestyle medicine* 2nd ed. Boca Raton, FL: CRC Press, 2013, p. 1421-1433.
- [11] Zenko Z, Ekkekakis P. Knowledge of exercise prescription guidelines among certified exercise professionals. *J strength C Res* 2015 ; 29(5) : 1422-1432.
- [12] Tudor-Locke C, Bassett DR Jr. How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports Med* 2004 ; 34(1) : 1-8.
- [13] Lee IM, Shiroma EJ, Kamada M, Bassett DR, Matthews CE, Buring JE. Association of Step Volume and Intensity With All-Cause Mortality in Older Women. *JAMA Intern Med* 2019 ; doi: 10.1001/jamainternmed.2019.0899. [Epub ahead of print]
- [14] Depiesse F, Coste O. Prescription des activités physiques : en prevention et en thérapeutique. Paris, Broché, 2016.
- [15] Allender S, Cowbum H, Foster C. Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: a review of qualitative studies. *Health Educ Res* 2006 ; 21(6) : 826-835.
- [16] Boiche J. Motivation et barrières à l'activité physique chez la personne malade chronique : processus motivationnels, antécédents et stratégies d'intervention, in Inserm. Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques. Montrouge, Collection Expertise collective, EDP Sciences, 2019, p. 101-140.
- [17] Zenko Z, Ekkekakis P, Ariely D. Can you have your vigorous exercise and enjoy it too? Ramping intensity down increases postexercise, remembered, and forecasted pleasure. *J Sport Exerc Psychol* 2016 ; 38 : 149-159.
- [18] Ninot G. Approche psychologique de la maladie chronique, in Inserm. Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques. Montrouge, Collection Expertise collective, EDP Sciences, 2019, p. 141-167.
- [19] Spruit MA, Pitta F, McAuley E, ZuWallack RL, Nici L. Pulmonary Rehabilitation and Physical Activity in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2015 ; 192(8) : 924-933.

- [20] Gay C, Chabaud A, Guilley E, Coudeyre E. Educating patients about the benefits of physical activity and exercise for their hip and knee osteoarthritis. Systematic literature review. *Ann Phys Rehabil Med* 2016 ; 59(3) : 174-183.
- [21] Schnebelen-Berthier C, Negro N, Jaruga A, Roques C-F, Lecerf J-M. Long term effect of spa therapy combined with patient education program on subjects with overweight and obesity - A controlled study. *Obes Res Clin Pract* 2019 ; 13(5) : 492-498.
- [22] Colungo C, Liroz M, Jansà M, Blat E, Herranz MC, Vidal M, García E, Gómez M, Esmatjes E, Ortega E. Health care and therapeutic education program for newly diagnosed type 2 diabetes: A new approach in primary care. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición (English ed.)* 2018 ; 65(9) : 486-499.
- [23] Abaraogu UO, Dall PM, Seenan CA. The Effect of Structured Patient Education on Physical Activity in Patients with Peripheral Arterial Disease and Intermittent Claudication: A Systematic Review. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2017 ; 54(1) : 58-68.
- [24] Juillièrè Y, Trochu J N, Jourdain P, Roncalli J, Gravouille E, Guibert H, Lambert H, Spinazze L, Tallec N, Beauvais F, Ertzinger C, Jondeau G, on behalf of the Working Group on Heart Failure of the French Society of Cardiology. Creation of standardized tools for therapeutic education specifically dedicated to chronic heart failure patients: The French *I-CARE* project. *Int J Cardiol* 2006 ; 113(3) : 355-363.
- [25] Albano MG, Jourdain P, De Andrade V, Domenke A, Desnos M, d'Ivernois J-F. Therapeutic patient education in heart failure: Do studies provide sufficient information about the educational programme? *Arch Cardiovasc Dis* 2014 ; 107(5) : 328-339.
- [26] Pavy B, Barbet R, Carré F, Champion C, Iliou M-C, Jourdain P, Juillièrè Y, Monpère C, Brion R. Therapeutic education in coronary heart disease: Position paper from the Working Group of Exercise Rehabilitation and Sport (GERS) and the Therapeutic Education Commission of the French Society of Cardiology. *Arch Cardiovasc Dis* 2013 ; 106(12) : 680-689.
- [27] Albano MG, Giraudet-Le Quintrec J-S, Crozet C, d'Ivernois J-F. Characteristics and development of therapeutic patient education in rheumatoid arthritis: Analysis of the 2003-2008 literature. *Joint Bone Spine* 2010, 77(5) : 405-410.
- [28] Barbin JM, Camy J, Communal D, Fodimbi M, Perrin C, Vergnault M. Référentiel d'activité et de compétences de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée. Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée (SFP-APA). Paris, 2016.
- [29] Perrin C. Logiques et modalités d'intervention en activité physique auprès des malades chroniques : approches sociologiques, in Inserm. *Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques*. Montrouge, Collection Expertise collective, EDP Sciences, 2019, p. 49-100.
- [30] INCa. Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques. Collection Etats des lieux et des connaissances, INCa, 2017.
- [31] Ministère des Solidarités et de la Santé & Ministère des Sports. Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 : Améliorer l'état de santé de la population en favorisant l'activité physique et sportive de chacun, au quotidien, avec ou sans pathologie, à tous les moments de la vie. 2019.
- [32] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Article 144, disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/article_144.
- [33] Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/30/AFSP1637993D/jo/texte>.
- [34] Instruction Interministerielle N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée, disponible sur <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=42071>.

- [35] Niemeijer A, Lund H, Stafne SN, Ipsen T, Goldschmidt CL, Jørgensen CT, Juhl CB. Adverse events of exercise therapy in randomised controlled trials: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2019 [Epub ahead of print]
- [36] Rhodes RE, Nigg CR. Advancing physical activity theory: A review and future directions. *Exerc Sport Sci Rev* 2011 ; 39 : 113-119.
- [37] Romain AJ, Chevance G, Caudroit J, Bernard P. Le modèle transthéorique : description, intérêts et application dans la motivation à l'activité physique auprès de populations en surcharge pondérale. *Obésité* 2016 ; 11(1) : 47-55.
- [38] Bernard P, Communal D, Barbin JM, Bezombes A, Thoni G, Cantele B. Who are the French APA professionals? Results of a national survey. O3A3. Book of Abstracts 18th International Symposium on APA, ISAPA, Paris, 2011.
- [39] Bernard P, Barbin JM. L'identité professionnelle de l'enseignant APA renforcée par la C3D. *SFP-APA*, octobre 2013.
- [40] Tribonnière X, Gagnayre R. L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2013 ; 5(1) : 163-176.
- [41] Moulairé V, Tonnerre D, Feral-Currière C, Colmel C, Gagnayre R, Tribonnière X. Evaluation du fonctionnement interdisciplinaire d'équipes impliquées en éducation thérapeutique du patient par l'utilisation d'un questionnaire. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2017 ; 9(1) : 10104.
- [42] Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée. Code de déontologie de l'enseignant en activité physique adaptée. *SFP-APA* 2018.
- [43] Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983 ; 51(3) : 390-395.
- [44] Verheye JC. Caractérisation d'une nouvelle figure d'intervenant en éducation thérapeutique dans le système de santé français. Thèse de doctorat en Sciences de l'Éducation, Université Paris 13, 2016.
- [45] Estabrooks PA, Harden SM, Burke SM. Group dynamics in physical activity promotion: what works? *Social and personality psychology compass* 2012 ; 6(1) : 18-40.
- [46] Loose BD, Christiansen AM, Smolczyk JE, Roberts KL, Budziszewska A, Hollatz CG, Norman JF. Consistency of the counting talk test for exercise prescription. *J Strength Cond Res* 2012 ; 26 : 1701-1707.
- [47] Borg GAV, Noble BJ. Perceived exertion. *Exerc and Sport Sci Rev* 1974 ; 2(1) : 131-153.
- [48] Margat A, Gagnayre R, Lombrail P, de Andrade V, Azogui-Lévy S. Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de littérature. *Santé Publique* 2017 ; 29 : 811-820.
- [49] Fuchs A, Perrin C, Ohl F. Using sport to cope with cystic fibrosis. *Society Leisure* 2014 ; 37 : 189-204.
- [50] Perrin C. Construction du territoire professionnel de l'enseignant en APA dans le monde médical. *Santé Publique* 2016 ; 28 : 143-151.
- [51] Barth N, Lefebvre B. S'engager dans une activité physique pour apprendre à gérer sa maladie : l'exemple de deux expériences de patients. *Santé Publique* 2016 ; 1(HS) : 109-116.
- [52] Barrier P. *Le patient autonome*. Paris, PUF, 2014.
- [53] Mino J, Lefevre C. Mieux comprendre l'expérience de l'activité physique après un cancer grâce à la philosophie de la santé. *Santé Publique* 2016 ; 28 : 101-107.