



**Transition du patient malade chronique vers
un style de vie physiquement actif :**

**une étude de type DELPHI auprès
d'experts du milieu sportif/associatif**

E. Mathéj, Assistant, Doctorant, ULiège ; Professeur A. Mouton, PhD, ULiège

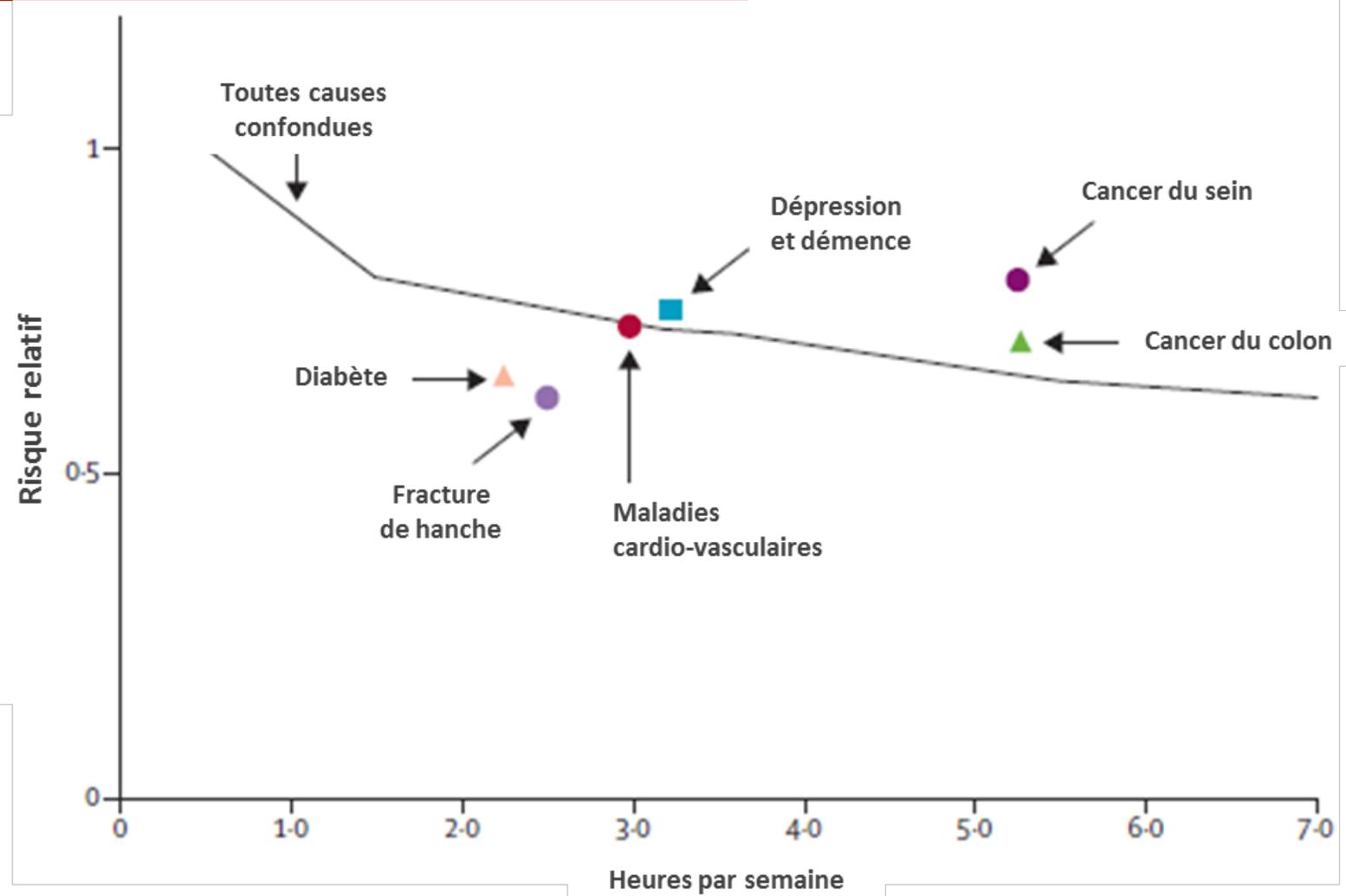
Introduction

Maladies chroniques & activité physique



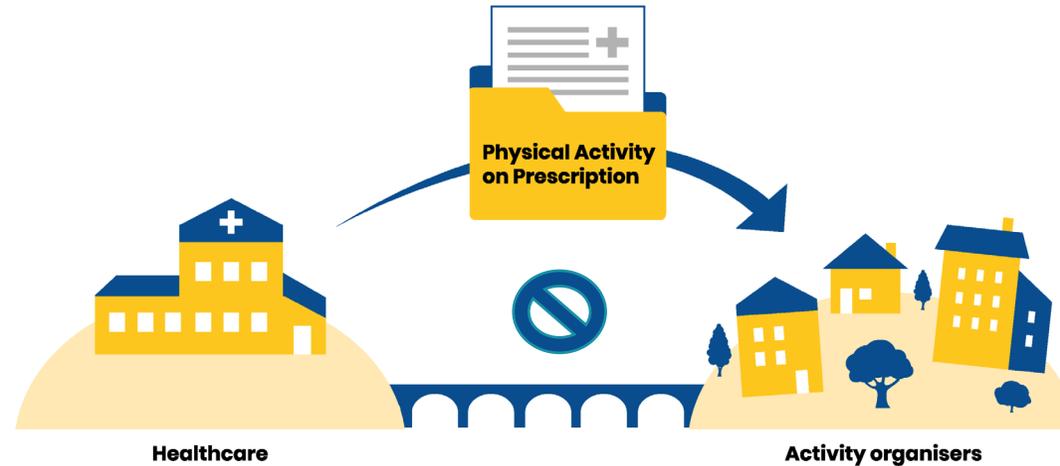
- Progression constantes du nombre de maladies chroniques (Bullard et al., 2019)
- Diminution de l'activité physique dans la population, une des cause de cette progression (Booth et al., 2012)
 - Et cette tendance, qui commence de plus en plus tôt, s'est malheureusement confirmée lors de la crise sanitaire que nous venons de traverser (Dubuc et al, 2021)
- L'intérêt de l'activité physique pour les patients malades chroniques n'est plus à démontrer.

Activité physique et maladie chronique



Khan et al. (2012)

Vers une transition



- Une fois sorti du milieu médical, il reste un certain nombre de barrières avant d'atteindre un niveau d'autonomie permettant au patient de poursuivre son engagement dans l'activité physique
 - Pourtant, il existe des structures de terrain qui seraient aptes à accueillir le participant mais ces structures restent relativement méconnues et ont peu de connexions avec le milieu médical
- Ce constat met en lumière **le chaînon manquant** entre la prise en charge médicalisée et la pratique autonome d'activité physique (Marsault, 2017)

Pourquoi cela ne suffit pas?

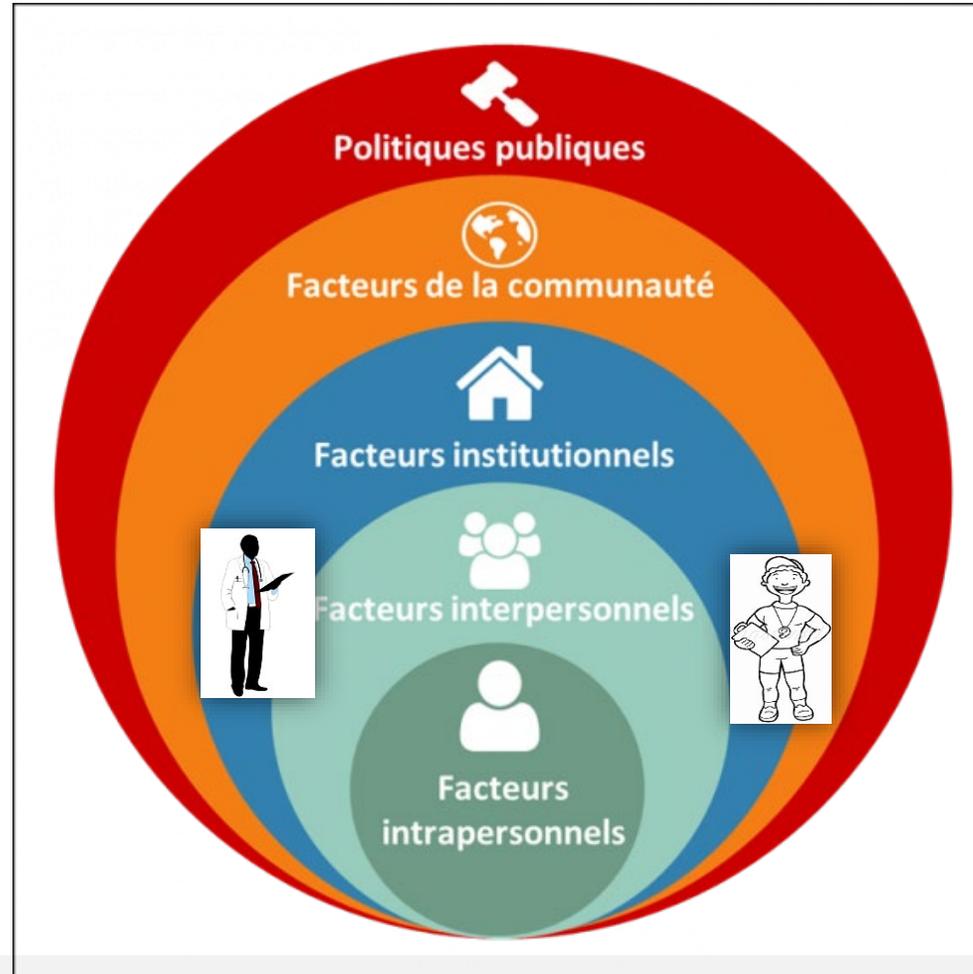


Eduquer physiquement ne suffit pas?



Prescrire une activité physique ne suffit pas?

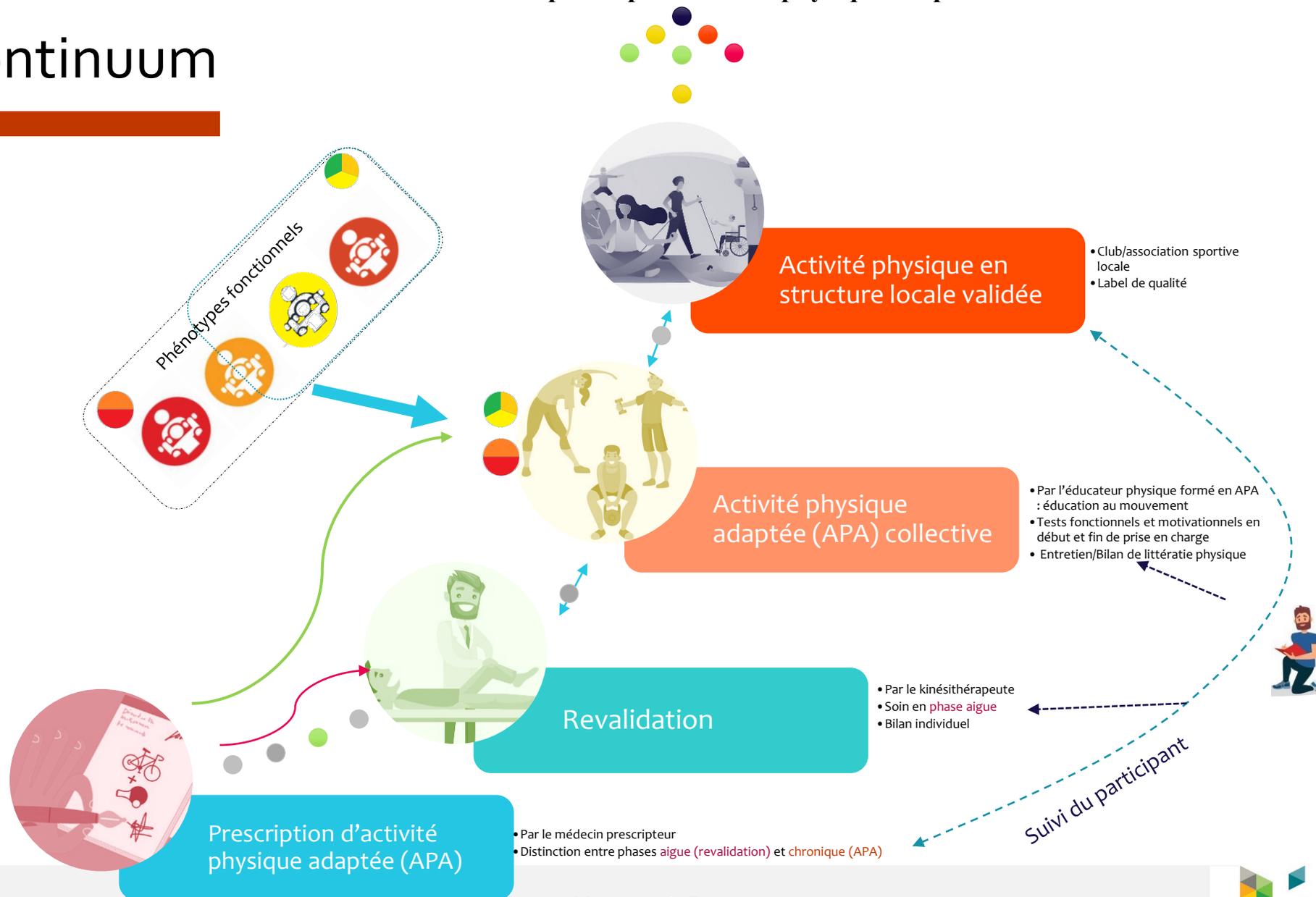
Tenir compte de l'écologie du participant



Booth et al., 2002

Vers une émancipation par l'activité physique adaptée

Vers un continuum



- Recueillir l'avis des experts du milieu sportif/associatif sur la thématique de l'activité physique chez les patients malades chroniques en contexte extrahospitalier.
- Dégager des solutions concrètes d'interventions pour promouvoir un style de vie actif chez ces patients.
- Dégager des solutions d'optimisation de la transition des patients du milieu hospitalier vers le contexte sportif/associatif.

Objectifs



Comment recueillir ces avis?

Méthodologie “DELPHI” (Hasson et al., 2000)



https://www.ixiade.com/wp-content/uploads/2020/06/48_M%C3%A9thode-Delphi.png

Méthodologie

Design “DELPHI”

- Population : experts du monde sportif/associatif
 - Responsables de fédérations,
 - Responsables de club ou association,
 - Entraîneurs,
 - Préparateurs physiques,
 - ...
- Validation des questionnaires via méthode CVI (“Content Validity Index”; Rubio et al., 2003)
- Rubriques :
 - Participants
 - Intervenants
 - Communication/Transition
 - Activités proposées
 - Aspect financier
 - Motivation (uniquement à partir du round 2)

Round 1

- n=52
- Questions fermées
- Echelles de Lickert à 6 niveaux
- 7 Rubriques

Round 2

- N=33
- Questions ouvertes (permet d’obtenir d’avantages d’informations sur les points qui créent des divergences)
- Ajout de la rubrique « Motivation »

Round 3

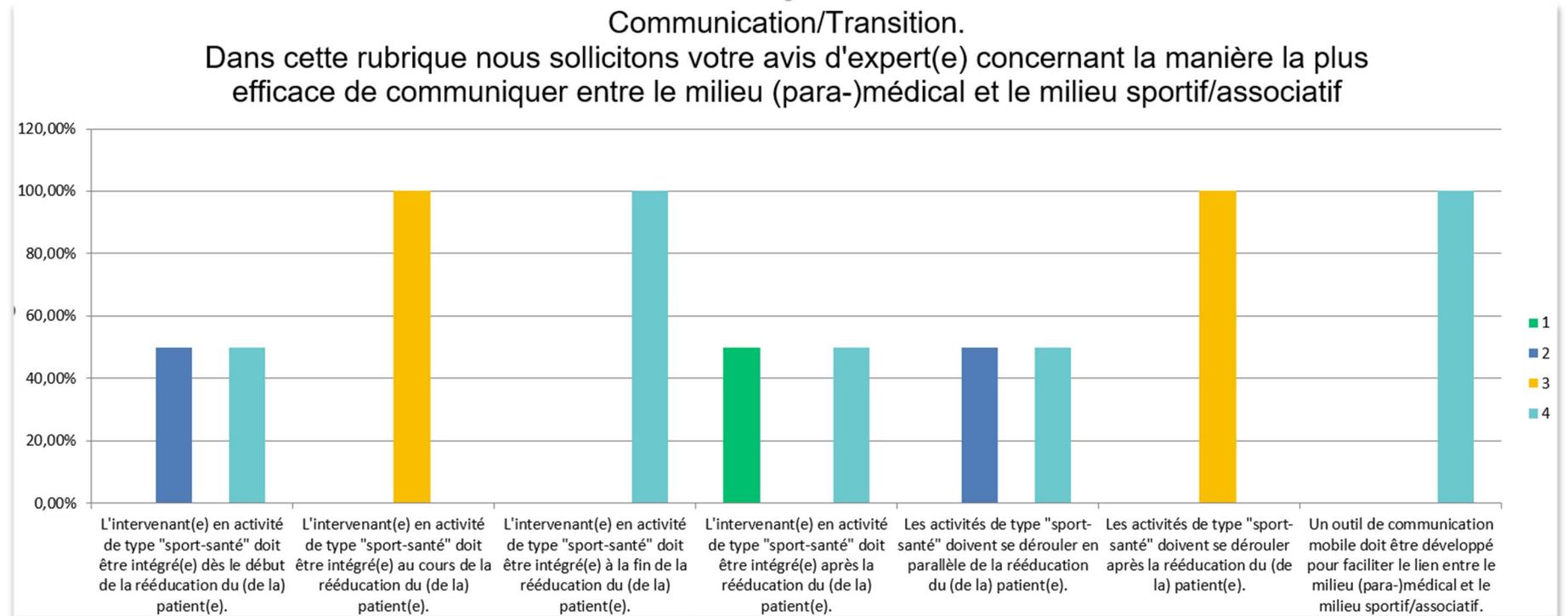
- N=33
- Approbation de rapports (une synthèse à été soumise aux experts pour chaque rubrique)

Consensus

Méthodologie

Validation des questionnaires via méthode CVI ("Content Validity Index"; Rubio et al., 2003)

- Experts externes interrogés sur la pertinence et la clarté de chaque item.
- Ils attribuent un score allant de 1 à 4 pour chaque question.
- Si la moyenne est supérieure à ou égale à 3 alors l'item est conservé en l'état.
- Dans le cas contraire l'item est modifié ou supprimé.



Résultats

Participants

- 81% des experts étaient en accord avec le rapport, indiquant qu'1 prise en charge optimale comprend :
- La prise en compte des capacités physiques et des limitations fonctionnelles ;
- à l'aide d'une séance test avec un questionnaire dans le but de former des groupes mixtes de différents niveaux avec différentes pathologies;
- La mise en place d'une plateforme avec une personne de référence pour guider, suivre et encadrer les participants peut être favorable à la bonne prise en charge de ces activités.
- L'orientation de ces participants vers les activités sport-santé devrait être effectuée par le corps médical ou accord avec ce dernier.

CONSENSUS



Piste d'action: littératie physique ?

« La motivation, la confiance, la compétence physique, le savoir et la compréhension qu'une personne possède et qui lui permettent de valoriser et de prendre en charge son engagement envers l'activité physique tout au long de sa vie »
(Whitehead, 2010)

- Le patient est-il capable de monter une volée d'escalier sans essoufflement ni épuisement prolongé?
- Le patient est-il capable de marcher une dizaine de minutes en continu sans difficulté ?
- Le patient est-il capable de bricoler, jardiner ou d'effectuer des travaux ménagers sans épuisement conséquent ?

Cognitif

- Le patient connaît-il les recommandations à suivre en matière d'AP ?
- Le patient connaît-il les bienfaits de l'AP et les risques de l'inactivité physique ?
- Le patient sait-il où il peut trouver des informations relatives à l'AP et à la planification d'une remise en forme ?



Psychologique

- Le patient est-il motivé à l'idée d'être davantage physiquement actif ?
- Le patient a-t-il confiance en ses capacités à s'engager et à maintenir cet engagement dans l'AP ?
- Le patient est-il capable de prendre du plaisir à pratiquer une AP ?

Social

- Le patient possède-t-il dans son entourage, des contacts capables de le soutenir et de l'aider dans son engagement dans l'AP ?
- Le patient dispose-t-il de ressources et d'opportunités de pratiques d'AP sécuritaires dans son environnement de vie ?
- Le patient pourrait-il s'engager dans l'AP avec un pair ou un membre de sa famille ?

Résultats

Intervenants

- 63% des experts étaient en accord avec le rapport :
- Les formations donnant accès à l'encadrement d'une activité sport-santé sont:
 - Baccalauréat en science de la motricité.
 - Master en kinésithérapie + formation pédagogique ou Master kinésithérapie ET Master en science de la motricité.
 - Formation ADEPS + formation santé.



Résultats

Intervenants – en France

ANNEXE 4 - TABLEAU DES INTERVENTIONS DES PROFESSIONNELS ET AUTRES INTERVENANTS

DOMAINES D'INTERVENTION PREFERENTIELS DES DIFFERENTS METIERS				
Limitations Métiers	Aucune limitation	Limitation minimale	Limitation modérée	Limitation sévère
Masseurs Kinésithérapeutes	+/-	+	++	+++
Ergothérapeutes et psychomotriciens (dans leur champ de compétences respectif)	(si besoin déterminé)	(si besoin déterminé)	++	+++
Enseignants en APA	+/-	++	+++	++
Educateurs sportifs	+++	+++	+	non concernés
Titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+ ¹	non concernés
Titulaires d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+ ¹	non concernés

Bigard, 2016

Résultats

Communication / Transition

- 90% des experts étaient en accord avec le rapport :
- Une plateforme informatique ou un site web permettant de créer des fiches de patients complétées par des annotations propres à leur évolution serait le meilleur choix (annotations faites par les intervenants et le corps (para-)médical) ;
- Dont l'accès serait libre pour le patient.
- Prise de contact en présentiel avec un suivi par e-mail ou téléphone. Enfin, une troisième option serait les réseaux sociaux et applications de suivi (ex. My Diabby) permettant aux patients d'enregistrer eux-mêmes leurs données et d'être en contact avec les encadrants médicaux et sportifs.

CONSENSUS

Résultats

Activités proposées

- 75% des experts étaient en accord avec le rapport :
- Les experts préconisent des petits groupes (4 à 5 personnes) pour des séances adaptées d'une durée de 30 min à 1h, à raison de 3 fois par semaine.
- Le but des activités ne doit pas être compétitif.
- Ils souhaitent que celles-ci s'adaptent aux envies des patients et à leurs buts, afin d'éviter les surcharges mentales et de progressivement arriver à une autonomie du patient.
- Les experts expriment également leur souhait de travailler en salle de musculation tout en adaptant les activités aux capacités fonctionnelles des participants.



Résultats

Aspect Financier

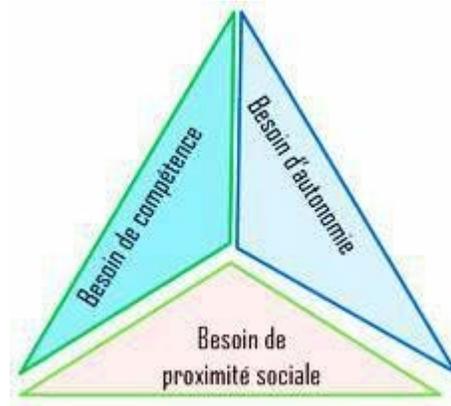
- 78% des experts étaient en accord avec le rapport :
- En réalisant une moyenne des différentes répartitions d'implications financières des domaines, nous arrivons à ce résultat :
 - Participants : 27,4 %
 - Commune et ADEPS : 24,4 %
 - Mutuelle : 22,1 %
 - Province : 18,6 %
 - Club : 4 %

CONSENSUS

Résultats

Motivation

- 81% des experts étaient en accord avec le rapport :
- Il est important de **varier** les interventions, les lieux et activités, afin de permettre une meilleure qualité de celles-ci et une écoute plus variées et attentives grâce aux différents intervenants.
- **L'interaction sociale**, la rencontre de personne valide et invalide ainsi que la notion de **plaisir** et d'ambiance doit être mis en avant dans ces activités sport-santé.
- **L'individualisation**, avec la mise en évidence des progressions et des bénéfices que leur apportent les activités autant sur le long que le court terme est un atout pour la longévité de participation du patient.



Deci et Ryan, 1985



Conclusion

Quel avenir pour ces données ?

Perspectives

- Permettre aux associations et clubs sportifs d'avoir une **base de travail** pour développer des activités « sport-santé » en FWB.
- **Orienter** le développement d'une application permettant une meilleure communication entre les contextes (para-)médical et sportif/associatif.
- **Conscientiser** les acteurs de terrain, dont les éducateurs physiques, sur leur rôle de promotion des activités physiques chez ce type de population.

Limites

- Caractère local de l'étude (FWB).
- Patients non inclus dans l'études.
- Perte d'une partie des experts entre le premier et le deuxième round.



Merci de votre attention

Alexandre Mouton



Edwin Mathéi

Edwin.mathei@uliege.be



<https://www.ruche.uliege.be/>



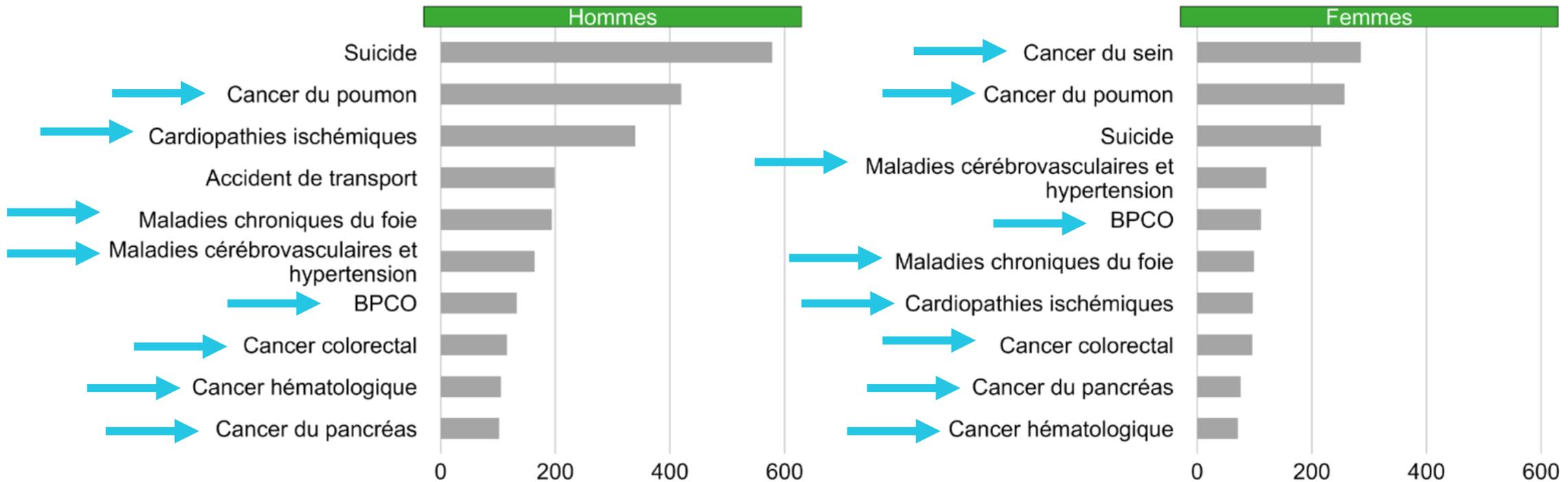
Bibliographie

- Booth, F. W., Roberts, C. K., & Laye, M. J. (2012). Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology*, 2(2), 1143-1211. <https://doi.org/10.1002/cphy.c110025>
- Bullard, T., Ji, M., An, R., Trinh, L., Mackenzie, M., & Mullen, S. P. (2019). A systematic review and meta-analysis of adherence to physical activity interventions among three chronic conditions : Cancer, cardiovascular disease, and diabetes. *BMC Public Health*, 19, 636. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6877-z>
- Dubuc, M.-M., Remacle, M., Marylène Goudreault, Félix Berrigan, Sylvie Beaudoin, Sylvain Turcotte, & Mouton, A. (2021). Exploring social and school support for physical activity during the COVID-19 pandemic lockdown in youth. In Damir Knjaz, Dario Novak, & Branislav Antala, *PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH ASPECTS OF COVID-19 PANDEMIC* (pp. 109-124). Fédération Internationale d'Éducation Physique et Sportive (FIEPS Europe).
- Rubio, D. M., Berg-Weger, M., Tebb, S. S., Lee, E. S., & Rauch, S. (2003). Objectifying content validity : Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, 27(2), 94-104. <https://doi.org/10.1093/swr/27.2.94>

Situation en Belgique

La majorité des causes de décès prématurés représentés sont des maladies chroniques

Classement des causes spécifiques de décès prématuré (avant 75 ans) selon le taux d'années potentielles de vies perdues ajusté pour l'âge, par sexe, Belgique, 2018.



Source: Calculs des auteurs à partir de la base de données des causes de décès, Statbel

sciensano