



Faculté de médecine

Année 2023-2024

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Albane BOURJON

Née le 2 mars 1996 à Vierzon (18)

Vécu des personnes âgées en perte d'autonomie pratiquant une activité physique adaptée : étude qualitative auprès de résidents en EHPAD participant à une activité adaptée de judo taïso

Présentée et soutenue publiquement le 22 février 2024 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA, PU, médecine générale, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Docteur Valérie MOLINA, MCA, médecine générale, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Séverine DURIN, PH, médecine gériatrique – Vendôme

Directeur de thèse : Docteur Boris SAMKO, MCA, médecine générale, Faculté de Médecine – Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens - relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) - 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ - P. ARBEILLE - A. AUDURIER - A. AUTRET - C. BARTHELEMY - J.L. BAULIEU - C. BERGER - JC. BESNARD - P. BEUTTER - C. BONNARD - P. BONNET - P. BOUGNOUX - P. BURDIN - L. CASTELLANI - J. CHANDENIER - A. CHANTEPIE - B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - T. CONSTANS - C. COUET - L. DE LA LANDE DE CALAN - P. DUMONT - J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES - D. GOGA - A. GOUDEAU - J.L. GUILMOT - O. HAILLOT - N. HUTEN - M. JAN - J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - Y. LANSON - O. LE FLOCH - Y. LEBRANCHU - E. LECA - P. LECOMTE - AM. LEHR-DRYLEWICZ - E. LEMARIE - G. LEROY - M. MARCHAND - C. MAURAGE - C. MERCIER - J. MOLINE - C. MORAINES - J.P. MUH - J. MURAT - H. NIVET - D. PERROTIN - L. POURCELOT - R. QUENTIN - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - A. ROBIER - J.C. ROLLAND - P. ROSSET - D. ROYERE - A. SAINDELLE - E. SALIBA - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - D. SIRINELLI - J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|---------------------------------------|---|
| ANDRES Christian..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| ANGOULVANT Denis | Cardiologie |
| APETOH Lionel | Immunologie |
| AUPART Michel..... | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BABUTY Dominique | Cardiologie |
| BACLE Guillaume..... | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BAKHOS David..... | Oto-rhino-laryngologie |
| BALLON Nicolas..... | Psychiatrie ; addictologie |
| BARBIER François..... | Médecine intensive et réanimation |
| BARILLOT Isabelle..... | Cancérologie ; radiothérapie |
| BARON Christophe | Immunologie |
| BEJAN-ANGOULVANT Théodora | Pharmacologie clinique |
| BERHOUEZ Julien..... | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BERNARD Anne | Cardiologie |
| BERNARD Louis | Maladies infectieuses et maladies tropicales |
| BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle | Biologie cellulaire |
| BLASCO Hélène..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| BONNET-BRILHAULT Frédérique | Physiologie |
| BOURGUIGNON Thierry | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BRILHAULT Jean..... | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BRUNEREAU Laurent..... | Radiologie et imagerie médicale |
| BRUYERE Franck..... | Urologie |
| BUCHLER Matthias..... | Néphrologie |
| CAILLE Agnès | Biostat., informatique médical et technologies de communication |
| CALAIS Gilles | Cancérologie, radiothérapie |
| CAMUS Vincent | Psychiatrie d'adultes |
| CORCIA Philippe..... | Neurologie |
| COTTIER Jean-Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| DEQUIN Pierre-François..... | Thérapeutique |
| DESMIDT Thomas..... | Psychiatrie |
| DESOUBEAUX Guillaume..... | Parasitologie et mycologie |
| DESTRIEUX Christophe | Anatomie |
| DI GUISTO Caroline | Gynécologie obstétrique |
| DIOT Patrice..... | Pneumologie |
| DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague | Anatomie & cytologie pathologiques |
| DUCLUZEAU Pierre-Henri..... | Endocrinologie, diabétologie, et nutrition |
| EHRMANN Stephan | Médecine intensive – réanimation |
| EL HAGE Wissam..... | Psychiatrie adultes |
| ELKRIEF Laure..... | Hépatologie – gastroentérologie |
| ESPITALIER Fabien..... | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence |
| FAUCHIER Laurent | Cardiologie |
| FOUGERE Bertrand | Gériatrie |
| FRANCOIS Patrick..... | Neurochirurgie |
| FROMONT-HANKARD Gaëlle | Anatomie & cytologie pathologiques |
| GATAULT Philippe..... | Néphrologie |
| GAUDY-GRAFFIN Catherine..... | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| GOUPILLE Philippe | Rhumatologie |
| GUERIF Fabrice | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| GUILLON Antoine..... | Médecine intensive – réanimation |
| GUILLON-GRAMMATICO Leslie..... | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| GUYETANT Serge | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GYAN Emmanuel..... | Hématologie, transfusion |
| HALIMI Jean-Michel..... | Thérapeutique |
| HANKARD Régis..... | Pédiatrie |
| HERAULT Olivier | Hématologie, transfusion |
| HERBRETEAU Denis | Radiologie et imagerie médicale |
| HOURIOUX Christophe..... | Biologie cellulaire |
| IVANES Fabrice | Physiologie |
| LABARTHE François | Pédiatrie |
| LAFFON Marc | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LARDY Hubert..... | Chirurgie infantile |
| LARIBI Saïd..... | Médecine d'urgence |
| LARTIGUE Marie-Frédérique | Bactériologie-virologie |
| LAURE Boris..... | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| LECOMTE Thierry..... | Gastroentérologie, hépatologie |

| | |
|-------------------------------|---|
| LEGRAS Antoine..... | Chirurgie thoracique |
| LESCANNE Emmanuel..... | Oto-rhino-laryngologie |
| LEVESQUE Éric..... | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LINASSIER Claude..... | Cancérologie, radiothérapie |
| MACHET Laurent..... | Dermato-vénérologie |
| MAILLOT François..... | Médecine interne |
| MARCHAND-ADAM Sylvain..... | Pneumologie |
| MARRET Henri..... | Gynécologie-obstétrique |
| MARUANI Annabel..... | Dermatologie-vénérologie |
| MEREGHETTI Laurent..... | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| MITANCHEZ Delphine..... | Pédiatrie |
| MOREL Baptiste..... | Radiologie pédiatrique |
| MORINIERE Sylvain..... | Oto-rhino-laryngologie |
| MOUSSATA Driffa..... | Gastro-entérologie |
| MULLEMAN Denis..... | Rhumatologie |
| ODENT Thierry..... | Chirurgie infantile |
| OUAISSI Mehdi..... | Chirurgie digestive |
| OULDAMER Lobna..... | Gynécologie-obstétrique |
| PAINTAUD Gilles..... | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| PATAT Frédéric..... | Biophysique et médecine nucléaire |
| PERROTIN Franck..... | Gynécologie-obstétrique |
| PISELLA Pierre-Jean..... | Ophtalmologie |
| PLANTIER Laurent..... | Physiologie |
| REMERAND Francis..... | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence |
| ROINGEARD Philippe..... | Biologie cellulaire |
| RUSCH Emmanuel..... | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| SAINT-MARTIN Pauline..... | Médecine légale et droit de la santé |
| SALAME Ephrem..... | Chirurgie digestive |
| SAMIMI Mahtab..... | Dermatologie-vénérologie |
| SANTIAGO-RIBEIRO Maria..... | Biophysique et médecine nucléaire |
| SAUTENET-BIGOT Bénédicte..... | Thérapeutique |
| THOMAS-CASTELNAU Pierre..... | Pédiatrie |
| TOUTAIN Annick..... | Génétique |
| VELUT Stéphane..... | Anatomie |
| VOURC'H Patrick..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| WATIER Hervé..... | Immunologie |
| ZEMMOURA Ilyess..... | Neurochirurgie |

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|--------------------------------------|--|
| AUDEMARD-VERGER Alexandra | Médecine interne |
| BISSON Arnaud | Cardiologie (CHRO) |
| BRUNAUT Paul | Psychiatrie d'adultes, addictologie |
| CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo | Rhumatologie (au 01/10/2021) |
| CLEMENTY Nicolas | Cardiologie |
| DOMELIER Anne-Sophie | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| DUFOUR Diane | Biophysique et médecine nucléaire |
| FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GARGOT Thomas | Pédopsychiatrie |
| GOUILLEUX Valérie | Immunologie |
| HOARAU Cyrille | Immunologie |
| KERVARREC Thibault | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LE GUELLEC Chantal | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| LEDUCQ Sophie | Dermatologie |
| LEFORT Bruno | Pédiatrie |
| LEJEUNE Julien | Hématologie, transfusion |
| LEMAIGNEN Adrien | Maladies infectieuses |
| MACHET Marie-Christine | Anatomie et cytologie pathologiques |
| MOUMNEH Thomas | Médecine d'urgence |
| PARE Arnaud | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| PIVER Éric | Biochimie et biologie moléculaire |
| ROUMY Jérôme | Biophysique et médecine nucléaire |
| STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| STEFIC Karl | Bactériologie |
| TERNANT David | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| VAYNE Caroline | Hématologie, transfusion |
| VUILLAUME-WINTER Marie-Laure | Génétique |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | |
|--------------------------------|---|
| AGUILLON-HERNANDEZ Nadia | Neurosciences |
| NICOGLOU Antonine | Philosophie – histoire des sciences et des techniques |
| PATIENT Romuald | Biologie cellulaire |
| RENOUX-JACQUET Cécile | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

| | |
|--------------------------|-------------------|
| AUMARECHAL Alain | Médecine Générale |
| BARBEAU Ludivine | Médecine Générale |
| CHAMANT Christelle | Médecine Générale |
| ETTORI Isabelle | Médecine Générale |
| MOLINA Valérie | Médecine Générale |
| PAUTRAT Maxime | Médecine Générale |
| PHILIPPE Laurence | Médecine Générale |
| RUIZ Christophe | Médecine Générale |
| SAMKO Boris | Médecine Générale |

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

| | |
|-------------------------------|--|
| BECKER Jérôme..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| BOUAKAZ Ayache | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| BOUTIN Hervé..... | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| BRIARD Benoit..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| CHALON Sylvie..... | Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| DE ROCQUIGNY Hugues | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259 |
| ESCOFFRE Jean-Michel..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| GILOT Philippe..... | Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282 |
| GOMOT Marie..... | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| GOUILLEUX Fabrice | Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 – ERL CNRS 7001 |
| GUEGUINO Maxime..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069 |
| HEUZE-VOURCH Nathalie..... | Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| KORKMAZ Brice..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| LATINUS Marianne..... | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| LAUMONNIER Frédéric | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| LE MERRER Julie | Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253 |
| MAMMANO Fabrizio..... | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259 |
| MEUNIER Jean-Christophe | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259 |
| PAGET Christophe | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| RAOUL William | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069 |
| SECHER Thomas..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| SI TAHAR Mustapha..... | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| SUREAU Camille | Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259 |
| TANTI Arnaud | Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253 |
| WARDAK Claire..... | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste

CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste

CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste

EL AKIKI Carole

HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste

IMBERT Mélanie

SIZARET Eva

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Madame la Professeur Clarisse Dibao-Dina, présidente du jury,

merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et d'apporter votre avis sur mon travail.

A Madame la Docteur Valérie Molina, membre du jury,

merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Au regard de ton investissement dans la formation des futurs médecins généralistes au sein du DUMG et en tant que maître de stage, il m'a paru évident de te proposer de m'accompagner de cette manière pour cette dernière étape.

A Madame la Docteur Séverine Durin, membre du jury,

depuis les prémices de l'élaboration du sujet à l'évaluation du travail abouti, merci d'avoir toujours été là pour m'accompagner et me conseiller. Je suis très heureuse que tu fasses partie de ce jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Boris Samko, directeur de thèse,

merci de m'avoir accompagnée au cours de mes trois années d'internat en tant que tuteur et d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Je vous remercie pour le temps passé, de votre disponibilité et de vos conseils tout au long de ces mois.

Aux équipes des EHPAD de La Maisonnée Saint François, de Pimpeneau, de La Bonne Eure et de La Favorite, et plus particulièrement à Madame Marie Debeure, psychomotricienne, et Monsieur Fabien Alphonse, éducateur sportif de judo adapté,

je vous remercie pour votre accueil et votre curiosité à l'égard de mon travail. Merci à chacun de m'avoir accordé de votre temps.

Aux Docteur Brigitte Collard-Lalle et Karine Gay-Launay,

merci d'être toujours là pour moi depuis ce premier stage dans vos cabinets, vous êtes en quelque sorte mes marraines du métier.

A ma famille et tout particulièrement à mes parents,

merci de m'avoir supportée, dans tous les sens du terme, pendant ces dix années d'étude et d'être toujours présents dans les bons et les mauvais moments de la vie.

A mes amies,

Alice, Amélie, Annabelle, Camille et Julie, merci pour toutes ces années à vos côtés à la fac et pour ce lien qui persiste malgré la distance.

Léa, merci pour cette amitié récente arrivée à point nommé. Merci pour ta présence et ton aide ces derniers mois.

A Gizmo et Rubis, mes renards apprivoisés.

RESUME :

Vécu des personnes âgées en perte d'autonomie pratiquant une activité physique adaptée : étude qualitative auprès de résidents en EHPAD participant à une activité adaptée de judo taïso

Contexte : La population française est vieillissante. Les personnes âgées représentent une population de plus en plus importante en soins premiers. Les soins centrés sur la personne âgée visent en partie au maintien de son autonomie et de sa qualité de vie. L'activité physique adaptée est recommandée chez les personnes âgées. Elle agirait en faveur d'un maintien de l'autonomie et d'une diminution du nombre de chutes pour les personnes qui vivent à domicile ou en institution. Néanmoins peu d'études explorent leur vécu et leur ressenti vis-à-vis de l'activité physique adaptée.

Objectif : Explorer le vécu des personnes âgées qui pratiquent une activité physique adaptée en EHPAD.

Méthode : Etude qualitative avec approche phénoménologique par entretiens semi-directifs de quinze résidents en EHPAD participant à une activité physique adaptée (judo taïso).

Résultats : La participation à l'activité physique adaptée qui n'était initialement pas un choix était devenue indispensable. L'activité était vécue comme adaptée à leurs capacités. Elle répondait à leur besoin de bouger et à leur recherche d'interaction sociale. Elle était considérée comme complémentaire aux soins médicaux et paramédicaux en agissant sur le bien-être physique, mental et social. C'était un moment suspendu pourvoyeur d'émotions se déroulant dans une ambiance conviviale et rassurante grâce à la présence des éducateurs. La réussite des exercices entraînait un sentiment de fierté et améliorait l'image de soi. Cependant ces ressentis positifs n'étaient que temporaires et n'empêchaient pas le déclin associé au vieillissement. Des comparaisons aux capacités d'avant et des autres (participants ou résidents) naissait le constat que le vieillissement et la maladie les avaient rendus incompetents et dépendants.

Conclusion : Le médecin n'intervient pas ou peu dans l'organisation de l'activité physique adaptée en EHPAD. Alors que la visite du médecin les renvoie à leurs maladies, la venue des éducateurs pour l'activité physique adaptée est attendue pour passer un moment où ce sont les capacités restantes qui sont prises en considération. Si c'était un soin prescrit par le médecin, est-ce que le vécu positif et valorisant ressenti au cours des séances serait le même ?

Mots-clés : sujet âgé – vieillissement – maison de retraite médicalisée – exercice physique

ABSTRACT :

Perception of the elderly with loss of independence practicing an adapted physical activity : qualitative study in residential care home where elderly people participating in an adapted activity of judo taïso

Background : The French population is aging. The elderly represent an increasingly large population in primary care. Care centered on the elderly aims in part to maintain their autonomy and quality of life. Adapted physical activity is recommended for the elderly. It would act in favor of maintaining autonomy and reducing the number of falls for people who live at home or in an institution. Nevertheless, few studies explore their experience and their feeling regarding adapted physical activity.

Aim : Explore the perception of elderly people who practice an adapted physical activity in residential care home.

Method : Qualitative study with an interpretative phenomenological analysis with semi-structured interview of fifteen residents in care home practicing adapted physical activity (judo taïso).

Results : The practice of adapted physical activity, which was initially not a choice, became essential. The activity was experienced as adapted to their abilities. It answered to their need to move and their search for social interaction. It was considered complementary to medical and paramedical care by acting on physical, mental and social well-being. It was a suspended moment providing emotions taking place in a friendly and comforting atmosphere thanks to the presence of educators. Successful completion of the exercises led to proud feeling and improved self-image. However, these positive feelings were only temporary and did not prevent decline linked with aging. Comparisons with the capacities of before and of others (participants or residents) gave rise to the observation that aging and illness had made them incompetent and dependent.

Conclusion : Today the doctor has little or no involvement in the organization of the adapted physical activity in the residential care home. While the doctor's visit sends them back to their illnesses, the coming of educators to adapted physical activity is expected to spend a moment when it is the remaining capacities which are taken into consideration. If it were a treatment prescribed by the doctor, would the positive and rewarding experience felt during the sessions be the same?

Key words : aged – aging - homes for the aged – exercise

ABREVIATIONS

- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- GH : Growth Hormon (hormone de croissance)
- FGF : Fibroblast Growth factor (facteur de croissance des fibroblastes)
- IGF-1 : Insulin-like Growth Factor one (facteur de croissance analogue à l'insuline de type 1)

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| I. Introduction | 14 |
| II. Matériel et méthode | 16 |
| A. Type d'étude..... | 16 |
| B. Population | 16 |
| C. Recueil des données | 16 |
| D. Guide d'entretien | 17 |
| E. Analyse des données | 17 |
| F. Ethique et réglementation | 17 |
| III. Résultats | 18 |
| A. Description de l'échantillon | 18 |
| B. Modèle explicatif | 19 |
| 1. Un choix ? | 20 |
| 2. Plus qu'une activité adaptée | 21 |
| 3. Un temps suspendu pourvoyeur d'émotions positives | 23 |
| 4. Se comparer pour constater | 24 |
| IV. Discussion | 28 |
| A. Résultat principal | 28 |
| B. Vieillesse et activité physique dans la littérature | 29 |
| 1. Une réponse aux besoins ? | 29 |
| 2. Le lien entre vieillesse et activité physique | 31 |
| 3. Un moyen de lutter contre la vision stéréotypée du vieillissement | 32 |
| C. Forces et limites de l'étude | 34 |
| 1. Intérêt de la question de recherche | 34 |
| 2. Pertinence de la méthode d'analyse | 34 |
| 3. Les limites de l'étude | 34 |
| D. Perspectives | 35 |
| V. Conclusion | 36 |
| VI. Références bibliographiques | 37 |
| VII. Annexes | 40 |
| A. Accord du comité d'éthique | 40 |
| B. Déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) | 41 |
| C. Document d'information et de non-opposition | 42 |
| D. Guide d'entretien | 45 |
| E. Schémas d'analyse | 46 |

I. Introduction

Au 1^{er} janvier 2022, 21% de la population française a 65 ans ou plus et près de 10% a 75 ans ou plus (1). Au niveau mondial, l'OMS prévoit d'ici 2050 une augmentation de 34% de cette tranche d'âge (2). D'un point de vue régional, la population du Centre-Val de Loire est plus âgée que la moyenne nationale (3). De ce fait, la proportion des personnes âgées dans la patientèle des médecins généralistes est croissante et ces derniers sont à la recherche de moyens pour permettre des soins centrés sur la personne âgée, visant à améliorer sa qualité de vie et son autonomie.

Plusieurs plans nationaux et internationaux se développent successivement depuis plusieurs années pour répondre à ce vieillissement de la population. L'objectif n'est plus d'allonger la durée de vie mais d'en améliorer la qualité. Pour cela, des axes prioritaires ont été définis. Parmi eux, la prévention des troubles de la santé mentale, des troubles cognitifs et des traumatismes qui passent par la promotion d'une alimentation saine et équilibrée ou encore la promotion de l'activité physique (2) (4) (5). Il a en effet été montré que l'activité physique, qu'elle soit poursuivie ou nouvellement initiée, limitait le déclin fonctionnel et cognitif et améliorait la survie des personnes âgées (6) (7) (8). Elle participe également au maintien de leur autonomie (9). Grâce aux financements dans le cadre de ces plans, plusieurs programmes d'activités physiques se développent et l'offre se diversifie. En EHPAD, ils sont notamment proposés dans le cadre des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) (10).

Pour établir ses recommandations mondiales quant à la pratique de l'activité physique, l'OMS s'est appuyée sur plusieurs études internationales établissant un lien entre dose et effet de l'activité physique sur la santé des personnes âgées, que ce soit pour la force musculaire, les fonctions cardio-respiratoires, le métabolisme ou encore l'état osseux (8) (11) (12). Ainsi, les personnes âgées de plus de 65 ans, tout comme les adultes de 18 à 64 ans, devraient pratiquer une activité physique d'intensité modérée pendant minimum 150 minutes par semaine ou au moins 75 minutes d'activité d'intensité soutenue, sur des périodes d'au moins 10 minutes et dont au moins deux fois par semaine des exercices de renforcement musculaire. Pour les personnes dont la mobilité est réduite, il est recommandé de pratiquer une activité visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois fois par semaine (13).

D'après le baromètre Santé Publique France de 2017, 62,8% des personnes âgées de 65 à 75 ans déclaraient avoir pratiqué au moins un sport dans les sept derniers jours soit plus du double qu'en 2000. La première raison motivant leur pratique est la « santé ». Selon ce même rapport, cette évolution pourrait être le reflet du « besoin de se maintenir en bonne santé et/ou du développement des prescriptions médicales à la pratique sportive chez les seniors » (14).

En effet, depuis le 1^{er} mars 2017, le médecin traitant peut prescrire aux patients atteints d'une affection de longue durée une activité physique dite adaptée (15). Ce droit de prescription est élargi aux personnes atteintes d'une pathologie chronique et/ou présentant des facteurs de risque et/ou en perte d'autonomie depuis 2022 (16).

Avant de mettre en place ces lois, plusieurs rapports d'experts ont été demandés par les ministères successifs. En 2015, un groupe d'experts a rendu un rapport sur la prévention des chutes chez les personnes âgées grâce à l'activité physique. Comme pour les recommandations de l'OMS, le rapport s'est appuyé sur diverses études françaises et internationales analysant les facteurs épidémiologiques, cliniques, socio-économiques etc. , les tests d'évaluation des risques, les programmes de prévention existants et avec également une approche économique. Cependant aucune étude ne se basait sur des données qualitatives issues directement des patients eux-mêmes. Il recommandait donc notamment d'approfondir l'évaluation de l'impact des programmes d'exercice sur la qualité de vie perçue en lien avec la santé afin de mieux en apprécier le bénéfice global. Il recommandait que les futures études aient une approche plus pragmatique pour évaluer en conditions réelles les programmes existants (9). Malgré la demande d'études pragmatiques, peu d'études ont été réalisées à ce jour pour s'intéresser au vécu des personnes âgées bénéficiant de programmes d'activité physique adaptée y compris en EHPAD.

Avec l'actualisation de la loi relative à la prescription d'activité physique par le médecin traitant et son élargissement aux personnes en perte d'autonomie il paraît utile de se demander comment ces personnes perçoivent l'impact de l'activité physique sur leur qualité de vie au quotidien.

L'objectif de cette étude était donc d'explorer le vécu des personnes âgées en perte d'autonomie qui pratiquent une activité physique adaptée. Pour se faire, l'étude a été réalisée auprès de résidents en EHPAD où ils participent à une activité de judo taïso adapté.

II. Matériel et méthode

A. Type d'étude

Pour étudier le vécu des personnes âgées en perte d'autonomie pratiquant une activité physique adaptée, il a été réalisé une étude qualitative avec approche phénoménologique. Le but étant de rechercher le sens de l'expérience vécue par le participant.

B. Population

Les participants ont été recrutés dans quatre établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le Loir-et-Cher.

Afin de recueillir le vécu d'expériences similaires, les participants sélectionnés participaient tous à une activité adaptée de judo-taïso organisée dans leur établissement.

L'étude a été proposée aux résidents participant de manière régulière à l'activité de judo-taïso adaptée et étant en capacité de réaliser les entretiens. Les critères d'exclusion étaient d'être sous tutelle ou en incapacité de donner son accord et la présence d'une démence sévère ou évoluée.

Un document d'information et de non-opposition leur a été transmis. Le participant était inclus dans l'étude après signature de la lettre de non-opposition et il était informé de son droit de retrait de l'étude à tout moment.

C. Recueil des données

Les entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés entre le 14/02/2023 et le 19/07/2023 dans le lieu de vie des participants.

La durée médiane des entretiens a été de trente-huit minutes. La durée minimale a été de vingt minutes, la durée maximale a été de soixante-six minutes.

La suffisance des données a été considérée atteinte à partir du septième entretien mais les entretiens ont été poursuivis jusqu'au quinzième pour étoffer le recueil de données.

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits intégralement et anonymisés. Les enregistrements audios ont été supprimés après rédaction de la thèse.

Des données personnelles ont été recueillies pour la description de l'échantillon. Toutes les informations ont été collectées dans un tableur Excel® sécurisé puis anonymisées pour la rédaction de la thèse.

D. Guide d'entretien

L'investigateur s'est rendu en amont à une séance de judo taïso adapté dans chacun des établissements afin de participer à la séance et de pouvoir échanger avec les professionnels intervenant dans cette activité.

Le guide d'entretien a alors été réalisé à partir des informations recueillies et des données bibliographiques.

Pour débiter l'entretien, la question dite brise-glace était de raconter comment s'était passée la dernière séance de judo adapté. Le but étant de recueillir leur ressenti vis-à-vis de cette activité. Les entretiens étaient réalisés à distance d'une séance afin de recueillir leur vécu avec du recul.

E. Analyse des données

Les données ont été analysées selon une méthode phénoménologique interprétative et avec une approche idiographique.

Les entretiens ont été retranscrits puis analysés sur logiciel de traitement de texte (Word®). L'ensemble des verbatims a été étiqueté. A partir de ce travail, des thèmes ont été identifiés puis organisés en catégories ou thèmes superordonnés. Pour chaque entretien, un schéma d'analyse a été réalisé. Chaque entretien a été analysé individuellement avant de proposer un modèle explicatif.

L'ensemble de l'analyse a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de l'investigateur et du directeur de thèse.

F. Ethique et réglementation

Le consentement libre et éclairé des participants a été obtenu par la signature d'un document d'information et de non-opposition.

Toutes les données personnelles recueillies ont été anonymisées et sécurisées. Toute information donnée au cours d'un entretien qui pourrait permettre l'identification d'une personne ou d'un lieu a été supprimée et anonymisée.

L'initiale P suivie d'un numéro selon l'ordre chronologique de réalisation des entretiens a été attribuée pour désigner anonymement chaque participant. L'investigateur qui a réalisé les entretiens a été désigné par la lettre I.

L'étude fait l'objet d'un accord du Comité d'éthique (numéro de projet 2022 064) et d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (n°2022_145).

III. Résultats

A. Description de l'échantillon

| | Sexe | Age | Principaux antécédents | GIR (/6) | Année d'entrée en EHPAD | Motif d'entrée en EHPAD | Activités physiques antérieures | Date de première participation au judo adapté | Durée entretien (minutes) |
|-----|------|---------|--|----------|-------------------------|--------------------------------|---|---|---------------------------|
| P1 | F | 98 ans | AIT, cancer du sein, arthrose, fracture du poignet, fracture de l'humérus, fracture du membre inférieur droit (sans précision), prothèse totale de hanche gauche, prothèse totale de genou gauche | 4 | 2020 | Chute avec fracture du poignet | Ski, natation | 2020 | 50 |
| P2 | F | 91 ans | Diabète de type 2 insulinodépendant, cardiopathie ischémique stentée | 4 | 2022 | Perte d'autonomie | Quelques séances de gymnastique adaptée | Juin 2022 | 57 |
| P3 | H | 88 ans | AVC, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire | 6 | 2021 | AVC | Cyclisme, handball, volleyball | Mai 2021 | 38 |
| P4 | F | 90 ans | Maladie d'Alzheimer, polyarthrite rhumatoïde, HTA, embolie pulmonaire, pneumopathie/pleurésie | 4 | 2021 | Maladie d'Alzheimer évolutive | Aucune | Avril 2021 | 33 |
| P5 | F | 83 ans | Polyarthrite rhumatoïde, HTA, embolie pulmonaire, pneumopathie/pleurésie | 5 | 2022 | Polyarthrite rhumatoïde | Natation | Septembre 2022 | 33 |
| P6 | H | 91 ans | AVC (hémiparésie gauche séquellaire), arythmie sinusale et ESA, lésion traumatique de l'uretère, maladie de Dupuytren opérée | 3 | 2022 | AVC | Athlétisme en compétition | Décembre 2022 | 44 |
| P7 | F | 90 ans | HTA, pemphigoïde bulleuse, carcinome basocellulaire, phlébites, polyarthrite, prothèse de hanche gauche intermédiaire | 4 | 2020 | Maintien à domicile difficile | Gymnastique adaptée | 2020 | 25 |
| P8 | F | 94 ans | AVC, HTA, diabète de type 2, arthrose | 3 | 2019 | Polyarthrose | Aucune | Octobre 2020 | 32 |
| P9 | F | 104 ans | BAV (pacemaker), HTA, diabète de type 2 insulinodépendant, cécité œil gauche, DMLA, glaucome aigu, prothèse totale hanche bilatérale | 3 | 2018 | Maintien à domicile difficile | Aucune | | 60 |
| P10 | F | 102 ans | Cataracte opérée, glaucome, fracture humérus droit | 4 | 2020 | Maintien à domicile difficile | Gymnastique adaptée | 2020 | 33 |
| P11 | F | 80 ans | Psychose maniaco-dépressive avec encéphalopathie toxique au lithium en 2021, cancer du sein droit (traitement chirurgical), diabète de type 2 insulinodépendant, gastrite et hernie hiatale, insuffisance rénale, prothèses totales de hanche bilatérales, thyroïdectomie sur goitre | 2 | 2022 | Maintien à domicile difficile | Vélo (loisir) | Non connue | 36 |
| P12 | F | 89 ans | Maladie d'Alzheimer, polyarthrite rhumatoïde, AVP avec fracture clavicule, rocher et coma, arthrose, DMLA, cataracte, canal lombaire étroit opéré | 2 | 2021 | Maintien à domicile difficile | Danse (loisir) | Non connue | 66 |
| P13 | F | 93 ans | Insuffisance cardiaque, insuffisance mitrale, fibrillation auriculaire, rétrécissement aortique, HTAP, insuffisance rénale, cataracte | 4 | 2013 | Maintien à domicile difficile | Aucune | 2018 | 44 |
| P14 | F | 95 ans | Artériopathie, fibrillation auriculaire, HTA, syndrome parkinsonien, insuffisance rénale, spondyloarthrose, prothèse totale hanche gauche | 3 | 2022 | Maintien à domicile difficile | Aucune | Non connue | 40 |
| P15 | F | 91 ans | AVC sylvien gauche (troubles du langage séquellaires), cardiopathie ischémique stentée, HTA, hypothyroïdie, ulcère duodénal | 3 | 2022 | Maintien à domicile difficile | Aucune | Septembre 2022 | 20 |

Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon

H = homme / F = femme
 GIR = groupe iso-ressource
 HTA = hypertension artérielle
 AVC = accident vasculaire cérébral
 ESA = extrasystole auriculaire
 BAV = bloc atrio-ventriculaire
 DMLA = dégénérescence maculaire liée à l'âge
 AVP = accident de la voie publique
 HTAP = hypertension artérielle pulmonaire

B. Modèle explicatif

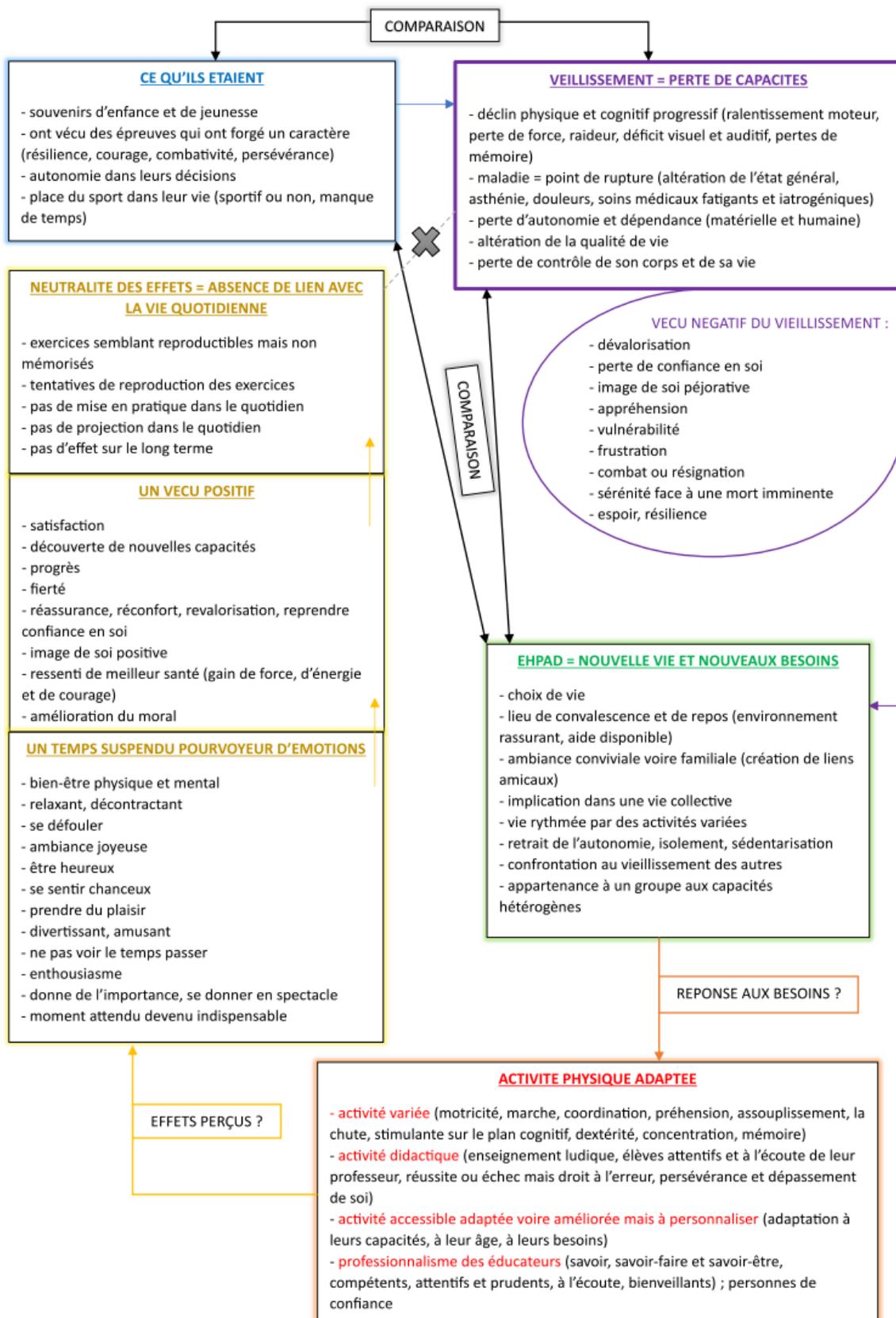


Figure 1. Schéma d'analyse

1. Un choix ?

La participation au judo adapté se faisait de leur plein gré mais n'était pas forcément de leur propre initiative.

« Elle m'a demandé sans doute comme à tout le monde et puis j'ai dit ben oui je vais y aller » (P4)

Un tier-motivateur les avaient incités à rejoindre les séances. C'était soit un membre de l'équipe d'animation de l'activité soit un autre résident. Ils étaient libres de poursuivre ou non les séances.

« (...) ils ne sont pas toujours disponibles. Mais moi ça fait un creux dans ma vie » (P6)

Au fur et à mesure des semaines, cela était devenu un moment attendu et indispensable dans leur quotidien, allant jusqu'à créer un manque en cas d'absence.

Plusieurs éléments semblaient les motiver à continuer.

« Et puis ça passe une heure, au lieu d'être là dans la chambre » (P7)

Le judo adapté, et de manière générale l'activité physique adaptée, était avant tout un passe-temps. C'était un moyen de lutter contre l'ennui. Cela était vécu comme une échappatoire à la solitude et permettait de faire sortir de la chambre, symbole de l'isolement.

C'était également vécu comme un moyen de créer et de maintenir un lien social. Ils y allaient parfois uniquement pour le plaisir d'être ensemble et d'être présent même si leur état physique ne leur permettait pas de participer ce jour-là.

C'était aussi un moment de découverte qui assouvissait leur curiosité naturelle.

« il vaut mieux être indépendant (...). Alors c'est pour ça que je suis partant pour tout ce qui est physique » (P6)

Les bienfaits théoriques de l'activité physique sur le corps et la santé étaient connus. Bouger était un besoin voire un devoir afin de rester en mouvement et réduire les raideurs articulaires notamment. Ils doutaient cependant d'atteindre ces objectifs en participant à une activité physique adaptée.

« Ben vous savez, je sais pas vous dire grand-chose moi hein. » (P8)

Il y avait une passivité cognitive lorsqu'il s'agissait de rechercher un lien entre la pratique de l'activité physique et d'éventuelles conséquences sur leurs capacités. Ils savaient ce que théoriquement l'activité physique pourrait leur apporter mais le lien avec un impact possible sur la vie quotidienne et sur leurs capacités physiques n'était pas spontanément établi.

Et pourtant, de nombreux qualificatifs et aspects différents de l'activités ressortaient de leur vécu de l'expérience.

2. Plus qu'une activité adaptée

« C'est une des seules activités que je peux faire et que je peux faire avec plaisir » (P1)

Le judo proposé était une activité adaptée voire améliorée (*« on est venu au judo amélioré » (P6)*). Elle avait été adaptée à leur âge et à leurs capacités. De plus, elle était adaptée pour eux qui n'étaient pas ou peu sportifs. Elle était adaptée à leurs besoins et à leurs attentes.

Elle était considérée comme une activité accessible bien qu'elle ne soit pas adaptée pour les résidents en trop grande perte d'autonomie et qu'elle aurait pu être parfois plus personnalisée.

Il y avait aussi une adaptation de leur part lorsqu'ils ne faisaient pas tous les exercices selon leurs capacités ou qu'ils adaptaient d'eux-mêmes l'exercice en fonction de ce qu'ils se sentaient capables de faire. Les éducateurs s'adaptaient également à eux en proposant les exercices les plus pertinents pour chacun.

« Et puis trouver des gens compétents, pas des gens qui font n'importe quoi » (P6)

Le professionnalisme des éducateurs était souligné. Leur savoir, leur savoir-faire et leur savoir-être étaient mis en avant. Les éducateurs étaient considérés comme compétents, expérimentés et pertinents dans leurs conseils et exercices proposés.

Les éducateurs étaient attentifs et prudents avec les participants. Cela témoignait de leur sérieux.

Les éducateurs les accompagnaient. Ils les prenaient en considération grâce à leurs qualités d'écoute, de bienveillance, de gentillesse et d'empathie. Les éducateurs les comprenaient et savaient répondre à leurs besoins. Ce sentiment d'être pris en considération permettait aussi de se sentir revalorisé.

Les éducateurs inspiraient la confiance. Ils les rassuraient. Leur présence était appréciée et un lien amical pouvait se créer. Ils devenaient une personne de confiance et de référence (*« le professeur » (P7)*). C'était le tier motivateur (*« le coach » (P5)*).

Ces professionnels avaient un rôle de professeur et les participants, leurs élèves, étaient attentifs et à l'écoute de leurs consignes. C'était une activité didactique, vécue comme un enseignement avec un aspect ludique. Cela pouvait raviver des souvenirs scolaires.

« En voyant, on comprend, on apprend » (P10)

L'observation des éducateurs et des autres participants permettait de comprendre les consignes. Ensuite chacun réessayait à son tour de reproduire les exercices. Cet apprentissage était couronné de réussite mais ce n'était pas l'objectif premier. Le principal étant d'essayer, ils avaient le droit à l'erreur. Ainsi, malgré les échecs, ils faisaient preuve de persévérance, allant jusqu'au dépassement de soi.

« les premiers mouvements on les fait tous ensemble (...) et après on prend un autre résident, on marche en avant, en arrière et les jambes comme ça » (P5)

L'activité en groupe favorisait l'entraide et la coopération. Il y avait une interaction entre eux. Ainsi la comparaison entre participants et leur entraide étaient vécues comme une émulation.

Ce travail en groupe donnait une ambiance conviviale aux séances. C'était un moment d'échange mais pas nécessairement un moment pour discuter entre eux.

« (...) les gens sont très fidèles. Alors que dans d'autres activités on voit les gens venir une fois puis... » (P1)

La fidélité des participants et leur cohésion permettait de s'identifier comme appartenant à un groupe. Le port du kimono en était un symbole (*« quelques fois on a même les costumes de judoka » (P1)*).

« Je suis étonnée de voir qu'avec un matériel rudimentaire, il puisse varier autant » (P1)

Les exercices proposés étaient variés.

Le travail de la motricité, de la marche, de l'équilibre, de la coordination ou encore de la préhension étaient identifiés. On travaillait également leur assouplissement. On leur proposait aussi un travail autour de la chute avec des exercices pour apprendre à se relever et pour apprendre à tomber.

Cette activité faisait appel à des compétences variées telles que la dextérité, la concentration et la mémoire à court terme. L'activité était considérée stimulante sur le plan cognitif.

Cette variété des exercices la rendait complémentaire aux soins.

« Ma main là, ben il y a un kinésithérapeute, un nouveau, qui va venir là. Il va me faire travailler cette main là parce que si elle était comme la droite, je pourrais m'habiller tout seul. Que là je peux pas. (...) Alors c'est pour ça que toutes les animations qu'il y a, moi j'y vais. » (P6)

L'activité physique adaptée était considérée comme complémentaire des soins médicaux et paramédicaux. Elle pouvait faire partie intégrante de la rééducation. L'activité physique adaptée était donc à intégrer dans une prise en charge globale.

En opposition à l'activité physique adaptée, les soins médicaux et paramédicaux étaient eux présentés comme fatigants et avaient une connotation négative car associés systématiquement à la maladie : *« Parce que, aller voir le médecin c'est signe qu'on n'est pas tellement bien. » (P14).*

3. Un temps suspendu pourvoyeur d'émotions positives

« il y a dans ces séances un espace de calme joyeux » ; « c'est une atmosphère de paix » (P1)

Le temps de la séance était un temps suspendu et pourvoyeur d'émotions.

Au cours des séances de judo adapté, un bien-être physique et mental était ressenti. Ils étaient heureux et se sentaient chanceux de pouvoir participer à cette activité. Ils se montraient enthousiastes. Ils prenaient du plaisir à participer à cette activité qu'ils trouvaient divertissante et amusante. Ils étaient spectateurs et acteurs d'un spectacle.

La séance se déroulait dans une ambiance joyeuse, permettant de se relaxer et de se détendre à la fois sur le plan physique et psychique. En effet, elle permettait de se défouler et de ne plus penser à rien, d'oublier leurs soucis du quotidien. Ils avaient l'impression de ne pas voir le temps passer lors de la séance, vivant un moment suspendu au cours duquel on leur donnait de l'importance.

« On se sent bien, on est fier ! » (P9)

Le discours était négatif et dévalorisant pour parler de soi et du vieillissement avec un constat d'incapacités. Mais pour parler du judo adapté, ce sont les capacités restantes qui étaient évoquées voire de nouvelles capacités étaient constatées. Il était remarqué que des exercices paraissant infaisables avaient été réussis.

Un progrès au cours d'une même séance et au fil des séances était observé. Cela améliorait l'image de soi. Un sentiment de fierté était ressenti en faisant ce constat.

La participation au judo adapté permettait de prendre de l'assurance et de reprendre confiance en soi. Il en résultait une réassurance, un réconfort et une revalorisation.

Au cours de la séance, le moral et la santé paraissaient améliorés temporairement. Un gain de force et d'énergie étaient ressentis.

Il y avait une satisfaction globale vis-à-vis de l'activité.

« Ça ne me dérange pas. Ça ne me fait mal nulle part après. » (P4)

Si des effets positifs étaient ressentis au cours de la séance, ceux-ci n'étaient plus évoqués lorsqu'on cherchait un impact à distance dans la vie quotidienne. Aucun effet négatif à court ou long terme n'était décrit. Ils n'étaient ni mieux ni moins bien à distance de la séance de judo adapté.

Certains exercices étaient refaits en autonomie dans la chambre mais ils n'étaient pas toujours mémorisés ou reproductibles.

« Ben ça nous sert quand même. Ne serait-ce que pour marcher, pour s'asseoir, se relever. (...) c'est ce qu'on ne fait jamais dans le quotidien » (P6)

Il semblait difficile de mettre en application dans la vie courante les gestes appris au cours de cette activité. En cas de chute, il était tenté de mettre en application les techniques apprises pour se relever avec plus ou moins de succès. Les chutes n'étaient pas évitées.

4. Se comparer pour constater

Une rétrospection sur l'enfance et la vie avant l'EHPAD était faite.

« C'était le jeudi qu'on était en congés je crois. Et bien le jeudi il y avait une dame qui venait et nous emmenait faire du sport. » (P4)

En évoquant le vécu d'une séance de judo adapté, le parallèle était fait avec des expériences passées. Cela rappelait des souvenirs de jeunesse et faisait retrouver des sensations du passé. C'était un miroir à l'enfance et notamment à l'école.

Revenir sur des histoires de vie permettait de mettre en avant la résilience, le courage, la combativité et la persévérance. Ils montraient qu'ils avaient fait preuve d'autonomie tout au long de leur vie. Ces traits de caractère expliquaient l'état d'esprit quant au vécu de la pratique d'une activité physique.

L'activité physique avait été plus ou moins présente au cours de leur vie. Cela pouvait faire partie de leurs habitudes de vie mais la vie active avait laissé peu de temps pour en pratiquer. Désormais ils avaient du temps à y consacrer, mais plus les capacités.

« Parce que je vois moi des personnes, des personnes âgées, et bien eux ils marchent, difficilement mais enfin ils marchent. Mais moi je peux pas. » (P14)

Lors de la séance, il se faisait une comparaison entre les capacités de chacun. Ces capacités pouvaient être similaires et devenaient un point commun entre eux. Mais le groupe dans sa globalité était hétérogène et les besoins différents.

Cela était alors vécu comme une mise en miroir et une émulation ou au contraire comme un moment de dévalorisation.

« Je vois en particulier un vieux monsieur qui est, comment dire, qui est un petit peu vaseux, et ils arrivent très bien à le canaliser et à lui faire faire des exercices qui sont certainement positifs pour lui. Alors que quand vous le voyez, il perd régulièrement ses vêtements. Alors on se dit il va rien en tirer, mais si » (P1)

Participer à la séance de judo adapté était vécu comme un moyen de faire comme les autres, de s'intégrer au groupe et d'agir par mimétisme.

Mais c'était aussi une confrontation au vieillissement des autres, et donc de soi.

« Et quand on vieillit tous les jours on voit « tiens hier ça, ça ne me gênait pas » et tout doucement on recule » (P2)

Les pertes de capacités constatées étaient mises en lien avec le vieillissement et la maladie.

Un déclin physique et cognitif progressif était présent. Sur le plan moteur, cela entraînait un ralentissement et une perte de force. Ils constataient leurs troubles de mémoire avec des oublis et des défauts d'encodage. Ils se retrouvaient également privés des sens de la vue et de l'ouïe.

La maladie marquait le point de rupture avec la vie antérieure. Il y avait un avant et un après la maladie. Ils vivaient désormais avec une asthénie permanente et des douleurs. La maladie était responsable de leur mauvaise santé et les soins médicaux apportés étaient fatigants et parfois iatrogéniques.

Les troubles de la marche, causés par le déclin physique et la maladie, les rendaient dépendants d'une aide matérielle (la canne ou le déambulateur) et d'une aide humaine (la famille, le personnel de

l'EHPAD) avec une perte d'autonomie pour se déplacer. Ils perdaient en mobilité et en indépendance. Une augmentation du risque de chute était aussi constatée.

Le vieillissement et la maladie étaient responsables de leurs pertes de capacités et de l'altération de leur qualité de vie. Ils avaient l'impression de perdre le contrôle de leur corps et de leur vie.

« Faudrait pas vieillir vous savez » (P14)

Le vieillissement et la perte de capacités n'étaient pas acceptés.

Parler d'eux faisait prendre conscience des incapacités et engendrait une dévalorisation. Ils avaient une image de soi péjorative et avaient perdu confiance en eux.

Un sentiment d'appréhension et une vulnérabilité au quotidien en résultaient. Une frustration face aux capacités perdues était également exprimée. Une humeur dépressive en ressortait.

« Et reconnaître que ça ne m'ennuie pas de vieillir, ce qui m'embêterait c'est d'être sur un lit sans bouger et de vivre longtemps parce que ça fait pas mourir ça » (P2)

La vie devenait un combat contre le vieillissement et la maladie. La mort en était l'issue imminente mais était attendue avec sérénité. Ce combat était fait de moments de résignation, de découragement, d'espoir et de résilience. Ils se disaient rester lucides sur leur état.

« C'est ça qui manque peut-être en maison de retraite. Il y a pleins de gens qui viennent mais il y en a aussi pleins qui ne viennent pas. » (P2)

Suite à cette perte de capacités, l'entrée en EHPAD s'était imposée comme un choix de vie. Cela représentait un lieu de convalescence et de repos. Ils s'y sentaient rassurés et respectés.

L'ambiance y était conviviale voire familiale et était propice à la création de liens amicaux avec les autres résidents et les membres du personnel. Ils s'impliquaient dans la vie collective en participant notamment aux diverses activités proposées. Ces activités rythmaient leur vie.

Cependant l'entrée en EHPAD marquait un retrait de leur autonomie et avait entraîné une sédentarisation. Certes une aide était toujours disponible mais il y avait un sentiment de solitude. La chambre devenait le symbole de cet isolement.

« Parce qu'il faut que j'essaie de faire quelque chose quand même. Faut pas que je reste toujours assise » (P14)

De la perte de capacités et de la nouvelle vie en EHPAD résultaient des attentes et des besoins.

L'interaction sociale était l'élément le plus recherché. Ils étaient en demande de reconnaissance et d'attention. Ils estimaient mériter le respect et l'intérêt.

Leur curiosité les incitait à participer aux différentes activités proposées. Pour ces activités, ils avaient besoin qu'elles les stimulent sur le plan cognitif et sur le plan physique. En effet, ils avaient une envie d'apprendre et ils exprimaient le besoin voire le devoir de bouger.

Le plus important cependant était de pouvoir prendre du plaisir et de s'amuser en participant à ces activités.

Ces attentes étaient communes à toutes les activités dont à l'activité physique adaptée.

IV. Discussion

A. Résultat principal

Les participants ont un vécu positif de l'activité physique adaptée qui paraît répondre à des attentes et besoins résultant de leur vieillissement. Cependant aucun lien n'est spontanément établi avec un impact sur leur vie quotidienne. C'est un moyen de se comparer au soi du passé et du présent, de se comparer aux autres et de constater que le vieillissement a altéré un certain nombre de capacités.

La participation au judo adapté n'était pas un choix à leur initiative mais l'activité est devenue indispensable à l'équilibre de leur quotidien. C'est une échappatoire rompant avec la solitude dans laquelle ils vivent. La variété des exercices leur permet de travailler leur motricité, leur coordination ou encore leur concentration. Elle les stimule à la fois sur le plan physique et sur le plan cognitif. Cette activité didactique est enseignée de manière ludique par des professionnels compétents se montrant attentifs et à leur écoute. Ce sont des personnes de confiance. Educateurs et participants sont devenus un groupe solidaire auquel chacun est fier d'appartenir. Cette activité semblait répondre à leurs attentes et besoins puisqu'il s'agit d'une activité en groupe, adaptée à leurs capacités, les faisant bouger et entourés de professionnels compétents et rassurants. Elle est considérée comme complémentaire aux soins médicaux et paramédicaux.

La séance de judo adapté est vécue comme un moment suspendu où il leur est possible d'oublier leurs soucis du quotidien grâce à l'ambiance joyeuse y régnant. Ils se sentent heureux d'y participer et prennent du plaisir. Elle leur permet de se relaxer, de se décontracter et de se défouler. Ils ressentent un bien-être physique et mental. Ils sont fiers de ce qu'ils y accomplissent et se découvrent de nouvelles capacités insoupçonnées. L'activité leur permet de reprendre confiance en eux et d'être revalorisés en mettant en avant ce qu'ils sont capables de faire. Ils ont une image d'eux positive en tant que participant à l'activité physique adaptée alors que dans la vie quotidienne leur image d'eux-mêmes est négative.

Cependant les exercices réalisés sont difficilement reproductibles seuls en dehors des séances. Malgré leur volonté d'essayer à les refaire ou à les mettre en application, ils ne sont pas intégrés dans leur quotidien. Ils ont conscience d'avoir appris des choses mais n'arrivent pas à les mettre en pratique. Par exemple pour les chutes, ils savent qu'on leur a appris à tomber et à se relever, ils savent les gestes expliqués mais en cas de chute, celle-ci n'est pas évitée et les gestes appris ne reviennent pas toujours spontanément. Ils ne constatent pas d'effet sur le long terme, qu'ils soient positifs ou négatifs. Le moment de la séance est agréable. La séance leur permet d'apprendre théoriquement des gestes utiles à leur quotidien et révèle des nouvelles capacités. Mais une fois celle-ci terminée, les gestes ne sont plus reproduits et les nouvelles capacités ne sont pas considérées comme acquises.

Le temps de la séance est un temps de rétrospection où la vie actuelle et celle du passé sont comparées. Lorsque le vieillissement dépasse un seuil et devient maladie, cela marque le point de rupture entre ces deux vies. Il paraît important pour eux de rappeler qui ils étaient, qui ils sont et qui ils

continuent d'être. Le vieillissement a conduit à des pertes de capacités qu'ils ont du mal à accepter et qui a entraîné des sentiments de dévalorisation et de frustration. Leur perte d'autonomie les a amenés à vivre dans un EHPAD. Ils y sont confrontés à leur propre vieillissement et à celui des autres résidents, renforçant l'image péjorative qu'ils ont d'eux-mêmes. Cette entrée en EHPAD a paradoxalement retiré le peu d'autonomie qui leur restait. Ils s'y sentent rassurés mais isolés. De nouveaux besoins apparaissent comme celui de se retrouver ensemble afin de pouvoir entretenir des liens sociaux. Dans cette nouvelle vie à la sédentarité indirectement induite, ils expriment également le besoin, voire le devoir, de bouger. Ils montrent aussi une curiosité à découvrir et apprendre de nouvelles choses. Pour répondre à ces attentes et besoins, les EHPAD proposent diverses activités qui rythment leurs semaines. Parmi ces activités, il y a l'activité physique adaptée.

B. Vieillesse et activité physique dans la littérature

1. Une réponse aux besoins ?

Initialement, la participation à l'activité physique adaptée n'est pas un choix personnel. C'est un tiers qui a motivé pour participer au moins la première fois. Mais au fur et à mesure des séances, la motivation devient personnelle. Cette motivation, on peut la détailler en reprenant la pyramide des besoins selon Maslow. Cette représentation hiérarchique des besoins sert de base théorique pour expliquer la motivation d'un individu. (17)

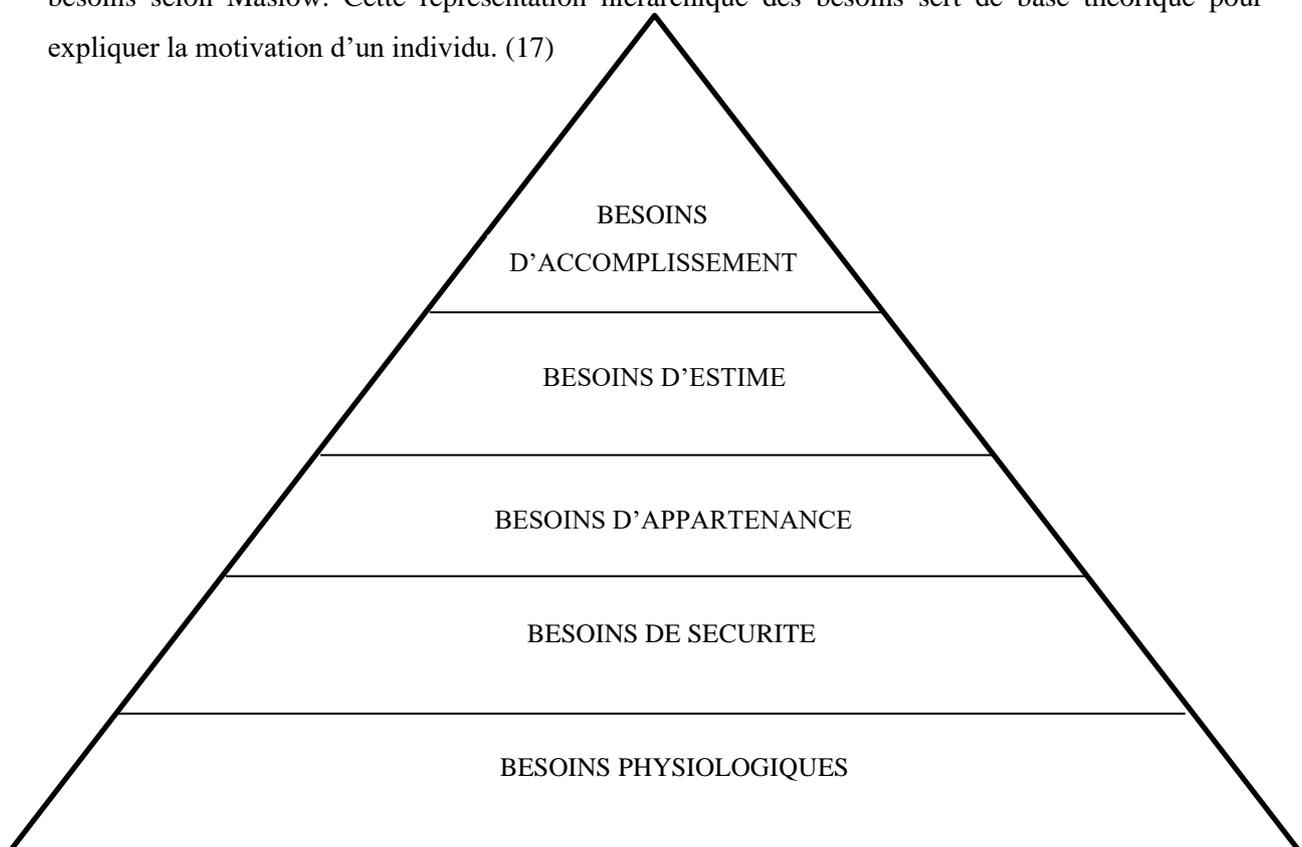


Figure 2. Pyramide des besoins de Maslow

Cinq besoins fondamentaux sont identifiés et s'intriquent pour répondre les uns aux autres.

Le premier type de besoin est le besoin physiologique. Ce sont les besoins primaires de manger, boire... Ces besoins sont mis en péril à cause de la perte d'autonomie arrivant avec l'âge. L'objectif de l'activité physique adaptée est d'entretenir et favoriser l'autonomie et donc par extrapolation de continuer de satisfaire ces besoins malgré les pertes de capacité. En pratique, il n'y a pas de conséquence constatée sur l'autonomie et donc cela ne répond pas à l'attente concernant ces besoins physiologiques. Cependant, un autre besoin exprimé et qui pourrait être qualifié de physiologique est celui de bouger. L'activité physique adaptée est une réponse à ce besoin et satisfait cet objectif. Cela permet d'être un facteur de motivation à sa poursuite d'autant plus que c'est le besoin exprimé pour justifier leur participation. Cela répond à leur besoin physiologique ressenti.

Ensuite vient le besoin de sécurité. Pour trouver cet environnement stable et rassurant, les personnes âgées en perte d'autonomie sont venues vivre en EHPAD. L'environnement de la séance d'activité physique adaptée est lui aussi rassurant et donne confiance. Ce besoin est donc satisfait et devient facteur de motivation.

Le troisième besoin de la pyramide est le besoin d'appartenance. L'activité en groupe est un élément clé permettant l'interaction et le lien social attendu par les résidents en EHPAD qui se sentent isolés. Les participants s'identifient comme appartenant à un groupe avec pour figure centrale et unifiante l'éducateur spécialisé.

Le besoin suivant est le besoin d'estime. L'activité physique adaptée y répond à la fois pour l'estime de soi qui est améliorée et pour la reconnaissance des autres grâce à la revalorisation ressentie à travers le regard des éducateurs. La prise en considération ressentie répond à ce besoin d'estime.

Enfin il y a le besoin d'accomplissement. L'envie d'apprendre de nouvelles choses et la curiosité étaient exprimés. Dans cette activité, de nouvelles capacités sont découvertes et une fierté est ressentie en réussissant les exercices.

Dans une version ultérieure, Maslow ajoute le dépassement de soi comme besoin ultime. C'est le besoin de s'investir dans une cause avec notamment sa propre mise au service d'autrui (18). Ce besoin pouvait être ici reflété par l'envie parfois de motiver à son tour d'autres résidents de participer et à l'envie de s'impliquer activement dans les diverses activités de l'EHPAD.

Tous ces besoins assouvis partiellement ou en totalité peuvent être autant de facteurs de motivation pour participer, au-delà des conséquences connues sur la santé.

2. Le lien entre vieillissement et activité physique

Depuis toujours, l'activité physique est vue comme un levier contre le vieillissement et ses conséquences. Hippocrate conseillait aux personnes âgées « la modération, mais aussi de ne pas interrompre leurs activités » (19). Galien donnait dans son livre *Gerocomica* des conseils d'hygiène de vie à destination des personnes âgées et parmi ces conseils, celui de rester actif (19). Aujourd'hui, les recommandations de l'OMS à l'intention des personnes dont la mobilité est réduite, sont de pratiquer une activité visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois fois par semaine (13).

Dans ce contexte, plusieurs programmes d'activité physique adaptée sont organisés dans les EHPAD. Parmi eux, le judo taïso adapté. Cette activité est inspirée de la méthode du Taïso qui reprend les exercices traditionnels de préparation au judo. Son objectif global est de préserver les capacités physiques des personnes vieillissantes dans le but de maintenir leur autonomie, d'anticiper et de retarder leur dépendance grâce à différents exercices tels que des déplacements dans diverses directions, l'appui monopodal, la mobilisation des membres supérieurs et inférieurs, la saisie du kimono d'un partenaire avec déplacement coordonné ou avec mise en difficulté de l'équilibre (20) (21). Ces objectifs et moyens sont identifiés par les participants lorsqu'on leur demande de nous expliquer le déroulement d'une séance de judo adapté.

Les données actuelles de la science expliquent la physiologie du vieillissement et ses conséquences sur la santé.

Les troubles de mémoire décrits par les participants sont expliqués physiologiquement par la réduction du volume de la substance blanche et de la substance grise avec l'âge (22) (23).

Au niveau moteur, les participants se plaignaient d'un ralentissement et d'une perte de force. Le vieillissement s'accompagne en effet d'un remodelage des jonctions neuromusculaires et d'une altération de la transmission neuromusculaire (24) (25). De plus on observe une diminution de la masse musculaire avec notamment l'atrophie des fibres musculaires de type II. Ce sont les fibres dites rapides qui sont responsables de la force immédiate (26) (24). Plusieurs mécanismes liés à l'âge jouent un rôle dans l'atrophie musculaire : des facteurs endocriniens anabolisants musculaires (œstrogènes, androgènes, GH, FGF, IGF-1...), la diminution de la synthèse protéique et donc des myofibrilles musculaires, un état inflammatoire catabolisant, une réduction des capacités mitochondriales et une diminution de la vascularisation myocytaire (27).

Les chercheurs se sont aussi intéressés aux effets de la pratique d'une activité physique sur le corps au cours du vieillissement.

Au niveau cognitif, il est montré que l'activité physique améliore les fonctions cognitives dont les fonctions exécutives, la mémoire à court et long terme ou encore la plasticité cérébrale (9) (28). Plusieurs études épidémiologiques transversales et interventionnelles ont démontré les bénéfices d'une activité physique régulière. Plus l'activité physique est pratiquée régulièrement et depuis longtemps, plus elle a un effet positif sur les fonctions cognitives (7).

Sur le plan moteur, les exercices en résistance favorisent l'hypertrophie musculaire et améliorent les performances physiques. Ils augmenteraient également la synthèse de protéines musculaires mais les mécanismes sous-jacents sont encore mal connus. Des études ont montré que la pratique d'une activité en aérobie et de résistance améliore la contractilité des fibres musculaires chez les sujets âgés. Cette amélioration est cependant moindre chez les sujets très âgés (29). La pratique d'une activité physique dite en gravité (c'est-à-dire debout avec contraintes) pendant au minimum un an de manière régulière permettrait de limiter la perte osseuse liée à l'âge. En pratique, une activité en gravité vraiment efficace (par exemple saut, lever de poids) est difficile à mettre en place chez les personnes âgées (9).

Un objectif de diminution des chutes est également attendu (20) (21) (9). Il a été démontré que le risque de chute était diminué chez les personnes âgées vivant au domicile et pratiquant une activité physique régulière par plusieurs méta-analyses. Cependant cet effet n'est pas significativement démontré pour les personnes âgées vivant en EHPAD. Les différentes études suggèrent un effet positif mais le seuil de significativité n'est pas atteint (9). Dans cette étude il a été constaté que les chutes ne semblaient pas évitées.

Les effets attendus de l'activité physique sur la santé sont décrits dans la littérature mais non constatés par les participants. Les conséquences physiologiques que peut avoir la pratique d'une activité physique régulière n'ont pas d'impact identifié dans leur vie quotidienne. Le lien entre la pratique d'une activité physique et l'impact potentiel sur les capacités physiques et la santé n'est pas spontanément établi. L'effet positif ressenti n'est que temporaire et ne perdure pas à distance des séances.

3. Un moyen de lutter contre la vision stéréotypée du vieillissement

Historiquement, la médecine est la première discipline à s'être intéressée au vieillissement. De cela résulte une vision en terme de pathologies et de pertes de capacités (30). C'est cette vision stéréotypée qu'ont les participants d'eux-mêmes. Les personnes âgées sont vues comme des personnes incompétentes (30). Les personnels soignants sont particulièrement imprégnés de cette vision puisque leur rôle est d'intervenir pour aider quand le patient n'est pas capable de faire quelque chose. Ils finissent par en oublier que ces personnes sont capables de faire certaines choses en toute autonomie (30) (31) (32). Dans l'étude, les participants ont souligné que dans l'EHPAD une aide était disponible et les

rassurait mais que leur entrée en EHPAD leur avait retiré le peu d'autonomie qui leur restait. Les soins médicaux et paramédicaux sont d'ailleurs associés à la maladie et donc à quelque chose de négatif. Tandis que l'activité physique adaptée bénéficie d'une vision positive. En effet, les éducateurs voient les personnes âgées comme étant capables de faire tel ou tel exercice et cela influence la vision qu'elles ont d'elles-mêmes et aboutit à la réalisation d'exercices qu'elles se pensaient incapables de réussir. Le fait de provoquer chez les autres ce que l'on attend d'eux est connu sous le nom de l'Effet Pygmalion. Il a été mis en évidence dans l'expérience de Rosenthal et Jacobson (33). Dans cette expérience, des chercheurs américains avaient fait passer des faux tests d'intelligences à des élèves et avaient dit aux enseignants que les résultats avaient été excellents. En faisant repasser les mêmes tests quelques mois plus tard chez ce groupe d'élèves étiquetés excellents, les résultats avaient été meilleurs que ceux attendus. Ainsi, la vision positive que les enseignants avaient eu de leurs élèves avait abouti à de meilleurs résultats scolaires pour les élèves. (30)

Les personnes âgées ont une image négative d'elles-mêmes car elles sont aussi sous l'influence de ces préjugés. Pour se décrire, elles évoquent d'emblée ce qu'elles ne sont plus capables de faire à cause de leur âge. De même, elles pensent n'avoir rien à dire de pertinent au sujet de leur participation au judo adapté et font preuve d'une passivité cognitive. Cette passivité pourrait s'expliquer par le fait que l'on juge facilement les personnes âgées comme démentes et donc nous écoutons peu leur avis sous prétexte que celui-ci serait irrecevable en raison de troubles cognitifs. Leur avis est peu sollicité donc lorsqu'on leur demande, elles pensent n'avoir rien à dire, sous-entendu rien à dire d'intéressant.

Les participants montrent le besoin d'être compris dans ce qu'ils étaient et dans ce qu'ils sont. Ils ont conscience du vieillissement et de ses conséquences en termes de pertes de capacités mais ils mettent en avant la persistance d'un besoin d'exister en bougeant et en découvrant de nouvelles choses. Dans son essai sur la vieillesse, Simone de Beauvoir écrivait à ce propos : « Si nous considérons les vieillards comme des hommes ayant une vie d'homme derrière eux, et non comme des cadavres ambulants » (19). Les participants du judo adapté apprécient d'être pris en considération au cours de cette activité. Proposer la pratique d'une activité physique adaptée aux personnes âgées est donc une manière de les considérer autrement qu'en terme d'incapacités et de dépendance. Elle leur permet de se sentir revalorisés et d'avoir une image positive d'eux-mêmes, même si ce sentiment ne dure que le temps de la séance.

C. Forces et limites de l'étude

1. Intérêt de la question de recherche

La promotion de la pratique d'une activité physique et le développement de l'activité physique adaptée auprès des personnes en perte d'autonomie sont des sujets d'actualité. Les effets biologiques de l'activité physique adaptée sur la santé et le vieillissement sont connus et démontrés mais le vécu est rarement exploré.

L'étude menée auprès de résidents en EHPAD où un programme de judo taïso adapté est organisé répond à l'absence d'étude pragmatique explorant le vécu des personnes âgées participant à une activité physique adaptée.

2. Pertinence de la méthode d'analyse

La méthode qualitative est la plus adaptée pour explorer le vécu des personnes âgées qui pratiquent une activité physique adaptée. L'approche par analyse interprétative phénoménologique permet d'explorer la manière dont l'expérience a été ressentie et comprise par la personne l'ayant vécue. Cette approche restreint le recrutement de la population à un groupe vivant le même phénomène étudié d'où le ciblage de l'étude uniquement sur l'activité de judo taïso adapté qui était commune à différents établissements.

3. Les limites de l'étude

Le caractère novice de l'investigateur a pu engendrer ou majorer certains biais inhérents à la méthode qualitative.

Un biais de suggestion lors de la réalisation des entretiens a pu exister avec certaines questions fermées ayant pu influencer le discours des participants. Ce biais a été corrigé au fur et à mesure des entretiens en favorisant davantage les questions ouvertes et la reformulation et en évitant l'interprétation immédiate des propos des participants.

Le biais d'interprétation est inhérent à la méthode qualitative mais il a pu être majoré par le caractère novice du chercheur. La triangulation de l'analyse de l'ensemble des entretiens entre l'investigateur et le directeur de thèse a permis d'améliorer la qualité et la scientificité de l'analyse.

Par ailleurs un biais de mémoire existait du fait de la réalisation des entretiens à distance d'une séance de judo adapté. Ce fut un choix de l'investigateur afin de recueillir le vécu avec du recul et d'approcher l'impact sur la vie quotidienne. Mais en raison de ce choix, le ressenti immédiat d'une séance de judo adapté n'a pas été recueilli.

Pour étudier le ressenti d'une expérience commune vécue par plusieurs participants, l'étude a été restreinte à l'activité de judo taïso adapté. Le ressenti pour toute activité physique adaptée quelle qu'elle soit n'a donc pas été étudié.

D. Perspectives

S'intéresser au vécu des personnes âgées en perte d'autonomie participant à une activité physique adaptée permet de mieux comprendre leurs besoins et d'y répondre. L'étude met en avant un besoin de bouger, d'être stimulé sur le plan cognitif et d'avoir un lien social avec les autres résidents et des personnes extérieures. Elle nous permet de comprendre qu'ils vivent mal leur vieillissement à cause des pertes de capacités et que leur proposer une activité adaptée aux capacités restantes les aide à avoir une meilleure image d'eux-mêmes. Dans de futures études, il serait intéressant d'interroger les personnes qui ne participent pas à l'activité physique adaptée ou qui ont arrêté. Il faudrait rechercher si leurs besoins étaient différents ou non assouvis par ces activités et pourquoi.

Les effets sur les capacités physiques au quotidien ne sont pas ressentis par les participants. Cependant, ils ressentent un bien-être physique et mental au cours de la séance et elle leur permet de maintenir un lien social. A ce titre, on peut dire qu'elle contribue à leur bonne santé telle que définie par l'OMS : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (34). L'activité physique adaptée est donc une forme de soin. Elle est considérée comme complémentaire aux soins médicaux et paramédicaux par les participants. Il y a cependant une distinction car, contrairement aux soins médicaux dont la connotation est négative car associés à la maladie, l'activité physique adaptée bénéficie d'une image positive et est vécue comme un moment agréable. En effet, au cours de ces séances, on les voit, et elles se voient, comme des personnes capables de réaliser des exercices variés. L'éducateur en activité physique adaptée est une personne de confiance et jugée compétente dans ce rôle. Alors que le médecin généraliste a le droit de prescription d'activité physique adaptée, son intervention paraît facultative car elle pourrait rapprocher cette activité de la maladie et altérer le vécu positif qu'ils ont de l'activité physique adaptée.

Dans de futures études, il pourrait être intéressant de se questionner sur la place à donner au médecin généraliste pour la pratique d'une activité physique adaptée en EHPAD. Quel doit être son rôle ? Si c'était un soin prescrit par le médecin, est-ce que le vécu positif et valorisant ressenti au cours des séances serait le même ?

V. Conclusion

L'objectif général de l'activité physique adaptée est de contribuer au maintien de l'autonomie des personnes âgées. Paradoxalement, le patient vivant en EHPAD n'est pas autonome dans sa décision d'en pratiquer puisqu'elle est à l'initiative d'un tiers. Ce tiers est souvent un membre de l'équipe d'animation de l'EHPAD ou l'éducateur spécialisé. Le médecin a le droit de prescription mais il est aujourd'hui peu impliqué.

Ce moment est vécu comme une parenthèse de positivité dans leur quotidien. Ils vivent l'instant présent de manière agréable et satisfont leurs besoins. Cela les motive à poursuivre l'activité. Mais les effets ressentis ne sont pas forcément ceux attendus et il n'y a pas de projection au-delà de la séance.

Les personnes âgées en EHPAD sont satisfaites de l'activité physique adaptée qui leur est proposée. Elle est pour eux distincte mais complémentaire des soins médicaux et paramédicaux ce qui en favorise le ressenti positif. La prescription du médecin généraliste paraît ainsi facultative voire pourrait influencer négativement le vécu.

Ces résultats interrogent sur le rôle à donner au médecin généraliste dans l'organisation de l'activité physique adaptée et si son implication influence le ressenti.

VI. Références bibliographiques

1. Bilan démographique 2021 - Insee Première - 1889 [Internet]. [cité 16 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136>
2. Organisation Mondiale de la Santé. Vieillesse et santé [Internet]. 2021 [cité 14 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. 2017.
4. Barthélémy L, Bodard J, Feroldi J. Actions collectives, Bien vieillir: repères théoriques, méthodologiques et pratiques guide d'aide à l'action. Saint-Denis: INPES éd; 2014. (Dossiers santé en action).
5. Santé Publique France. Bien vieillir [Internet]. [cité 24 juil 2022] juin 26, 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/bien-vieillir>
6. A. Vuillemin. Bénéfices de l'activité physique sur la santé des personnes âgées | Elsevier Enhanced Reader. 2012.
7. Audiffren M, André N, Albinet C. Effets positifs de l'exercice physique chronique sur les fonctions cognitives des seniors : bilan et perspectives. *Revue de neuropsychologie*. 2011;3(4):207-25.
8. Paterson DH, Warburton DE. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 11 mai 2010;7:38.
9. Blain H, Bloch F, Borel L, Dargent-Molina P, Gauvain JB, Hewson D, et al. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Expertise collective. Synthèse et recommandations. Inserm; 2015.
10. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) [Internet]. 2016 [cité 4 janv 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_pasa_16x24.pdf
11. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008 to the Secretary of Health and Human Services: (525442010-001) [Internet]. American Psychological Association; 2008 [cité 14 févr 2023]. Disponible sur: https://health.gov/sites/default/files/2019-10/CommitteeReport_7.pdf
12. Paterson DH, Jones GR, Rice CL. Ageing and physical activity: evidence to develop exercise recommendations for older adults. *Can J Public Health*. 2007;98 Suppl 2:S69-108.
13. World Health Organization. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. 2010;58.
14. Galey Catherine, Verdot Charlotte, Salanave Benoît, Caruso Anthony, Pelé Tino, Lemonnier Fabienne, et al. La pratique sportive chez les adultes en France en 2017 et évolutions depuis 2000 : résultats du baromètre de Santé Publique France. 2020 p. 49. (Études et enquêtes).
15. Ministère des affaires sociales et de la santé. Décret no 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 [Internet]. Code de la Santé Publique déc 30, 2016.

Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=hAbW-EvXSWBaxf5tm-INFNZqFwAzXILxxBqP80papPo=>

16. LOI no 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France [Internet]. Code de la Santé Publique mars 2, 2022. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=LIhsICgDpYJsCxxsL1_RUuN7Pce5JP_lubW2AuKICjU=
17. Abraham Maslow. Classics in the History of Psychology. 2000 [cité 22 déc 2023]. A Theory of Human Motivation. Disponible sur: <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>
18. Mark E. Koltko-Rivera. Rediscovering the Later Version of Maslow's Hierarchy of Needs: Self-Transcendence and Opportunities for Theory, Research, and Unification. *Review of General Psychology*. 2006;10(4):302-17.
19. Beauvoir S de. *La vieillesse*. Paris: Gallimard; 1970. (Folio).
20. Vesselle Benoît, Chartier Éric. Le taïso-judo adapté pour les personnes âgées dépendantes. *Judo Mag* [Internet]. [cité 26 juill 2022]; Disponible sur: <https://judoclubdulaonnois.com/files/Taiso-et-Judo-adapte-3-.pdf>
21. Fabien Alphonse. *Le judo-taïso santé, une discipline au service du maintien de l'autonomie*. (annexe D)
22. Terry RD, Katzman R. Life span and synapses: will there be a primary senile dementia? *Neurobiol Aging*. 2001;22(3):347-8; discussion 353-354.
23. Resnick SM, Pham DL, Kraut MA, Zonderman AB, Davatzikos C. Longitudinal Magnetic Resonance Imaging Studies of Older Adults: A Shrinking Brain. *J Neurosci*. 15 avr 2003;23(8):3295-301.
24. Hunter SK, Pereira HM, Keenan KG. The aging neuromuscular system and motor performance. *J Appl Physiol* (1985). 1 oct 2016;121(4):982-95.
25. Hourigan ML, McKinnon NB, Johnson M, Rice CL, Stashuk DW, Doherty TJ. Increased motor unit potential shape variability across consecutive motor unit discharges in the tibialis anterior and vastus medialis muscles of healthy older subjects. *Clinical Neurophysiology*. 1 déc 2015;126(12):2381-9.
26. de Jaeger. *Physiologie du vieillissement*. EMC - kinésithérapie - Médecine Physique - Réadaptation. janv 2018;14(1):11.
27. Lexell J, Taylor CC, Sjöström M. What is the cause of the ageing atrophy? Total number, size and proportion of different fiber types studied in whole vastus lateralis muscle from 15- to 83-year-old men. *J Neurol Sci*. avr 1988;84(2-3):275-94.
28. Temprado JJ. Effets de l'exercice physique sur les fonctions cognitives au cours du vieillissement. *Gérontologie et société*. 2018;40 / 156(2):161-80.
29. Distefano G, Goodpaster BH. Effects of Exercise and Aging on Skeletal Muscle. *Cold Spring Harb Perspect Med*. mars 2018;8(3):a029785.
30. Cayado V. *Tu comprendras quand tu seras vieux: petit manuel anti-préjugés grand âge*. Paris: Éditions du Palio; 2022.

31. Gaymard S. The representation of old people: comparaison between the professionals and students. *Revue internationale de psychologie sociale*. 2006;19(3-4):69-91.
32. Crutzen C, Missotten P, Adam S, Schroyen S. Does caring lead to stigmatisation? The perception of older people among healthcare professionals and the general population: A cross-sectional study. *International Journal of Older People Nursing*. 2022;17(5):e12457.
33. Rosenthal R, Jacobson L. Pygmalion in the classroom. *Urban Rev*. 1 sept 1968;3(1):16-20.
34. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

VII. Annexes

A. Accord du comité d'éthique



**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

AVIS

Responsable de la recherche : Albane BOURJON et Boris SAMKO

Titre du projet de recherche : Effets perçus de l'activité physique adaptée chez les personnes âgées en perte d'autonomie : étude auprès de résidents en EHPAD dans le Loir-et-Cher participants à une activité de judo taïso adapté

N° du projet : 2022 064

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

- FAVORABLE
- DÉFAVORABLE
- SURSIS A STATUER
- DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE

au projet de recherche n° 2022 064

A Tours, le 06/03/2023

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'B. Birmelé', is written over a faint, larger version of the same signature.

Dr Béatrice Birmelé
Présidente du Groupe Ethique Clinique

B. Déclaration à la Commission nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)



Traitement de données personnelles mis en œuvre au sein du C.H.R.U. de Tours POUR UNE RECHERCHE RNIPH

| Informations à remplir pour tout traitement de données : | |
|---|--|
| Date de déclaration : | 12/12/2022 |
| Nom du traitement informatique : | JUDO TAISO ADAPTE |
| Date de mise en oeuvre: | |
| Finalité principale: | évaluer les effets perçus de l'activité physique adaptée chez les personnes âgées en perte d'autonomie et plus particulièrement chez des personnes âgées vivant en EHPAD dans le Loir-et-Cher et participant à un programme de judo taiso adapté |
| Responsable de traitement : | Direction générale |
| Nom, Prénom : | |
| Fonction : <i>(pré-compléter dans le cadre d'une recherche ; à modifier si besoin)</i> | Direction de la recherche |
| Email : | recherche.clinique@chu-tours.fr |
| Pôle : | Pôle Médecine |
| Service chargé de la mise en œuvre : | DUMG Tours |
| Personne chargée de la mise en œuvre : | |
| Nom, Prénom : | BOURJON Albane |
| Fonction : | Interne en MG |
| Email : | albane.bourjon@etu.univ-tours.fr |
| En cas de sous-traitance pour un organisme autre que le C.H.R.U. de Tours, précisez quel organisme est le donneur d'ordre (nom, adresse, téléphone, email) : | NA |
| Si le C.H.R.U. de Tours sous-traite à d'autres organismes tout ou partie du traitement de données, quels sont ces organismes (nom, adresse, téléphone, email) : | NA |
| Sous-traitant 1 | |
| Sous-traitant 2 | |
| Sous-traitant 3 | |
| Sous-traitant 4 | |
| Données transférées hors de l'Union Européenne | Non |
| Personne référente de ce dossier au service informatique (facultatif) : | |
| Catégories de personnes concernées par le traitement de données : | résidents des EHPAD La Favorite à Cour-Cheverny, La Bonne Eure à Bracieux et La Maisonnée Saint François à Blois, participants régulièrement à l'activité de judo taiso adapté et qui sont en capacité de participer à un entretien, |
| Catégories de données traitées : | |
| <small>(en particulier, si vous utilisez une ou plusieurs des données suivantes, merci de bien les mentionner : commune de résidence, année et mois de naissance, date de soins jmmaaaa, date de décès jmmaaaa, commune de décès)</small> | |
| Durée de conservation : | Données |
| | Durée de conservation |
| | A, M, N |
| | 2 ans après la dernière publication |
| | |
| | |
| Catégories de destinataires des données individuelles : | Destinataires |
| | Données concernées |
| <small>Ne concerne pas les données agrégées, telles qu'un tableau de résultats sans données individuelles</small> | Albane Bourjon et Dr Boris Samko |
| | A, M, N |
| | |
| | |
| Mise à jour (date et objet) : | |
| Nom / Prénom du déclarant : | BOURJON Albane |

Catégories de données traitées :

- A = données d'identification (nom, prénom, sexe, initiales, date et lieu de naissance...)
- M = santé, données génétiques, vie sexuelle
- N = habitudes de vie et comportement

C. Document d'information et de non-opposition

DOCUMENT D'INFORMATION ET DE NON-OPPOSITION

Département universitaire de médecine générale de Tours.

NOTE D'INFORMATION

Directeur de thèse : Dr Boris Samko, maitre de conférence associé à la faculté de médecine de Tours

Investigateur : Albane Bourjon, interne de médecine générale

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par le département universitaire de médecine générale de Tours. Si vous décidez d'y participer, vous serez invité(e) à signer au préalable un formulaire de non-opposition. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer.

Vous conserverez une copie de ce formulaire.

1. Procédure de l'étude

Vous vous entretendrez avec l'investigateur au cours d'un entretien individuel. Celui-ci vise à mieux comprendre le vécu des participants à l'activité de judo adapté.

Cette étude fait l'objet d'un accord du Comité d'éthique et d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Liberté.

2. Risques potentiels de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

3. Bénéfices potentiels de l'étude

L'analyse de votre vécu des séances de judo adapté permettra de mieux comprendre ses effets sur votre santé et votre qualité de vie.

4. Participation à l'étude

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

5. Rémunération et indemnisation

Aucune rémunération ni indemnisation n'est prévue.

6. Informations complémentaires

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès de l'investigateur principal avec qui vous serez en contact : Albane Bourjon, par courriel : albane.bourjon@etu.univ-tours.fr ou par téléphone : 06.77.34.95.68.

A l'issue de cette étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

7. Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle le département universitaire de médecine générale de Tours et l'investigateur Albane Bourjon vous proposent de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement afin de les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification est codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

Selon la loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel. Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de non-opposition page suivante.

LETTRE DE NON OPPOSITION

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé sur le vécu des participants à l'activité de judo adapté.

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement l'investigateur.

J'ai été informé(e) que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Ma non-opposition n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom :

Lieu et date :

Signature :

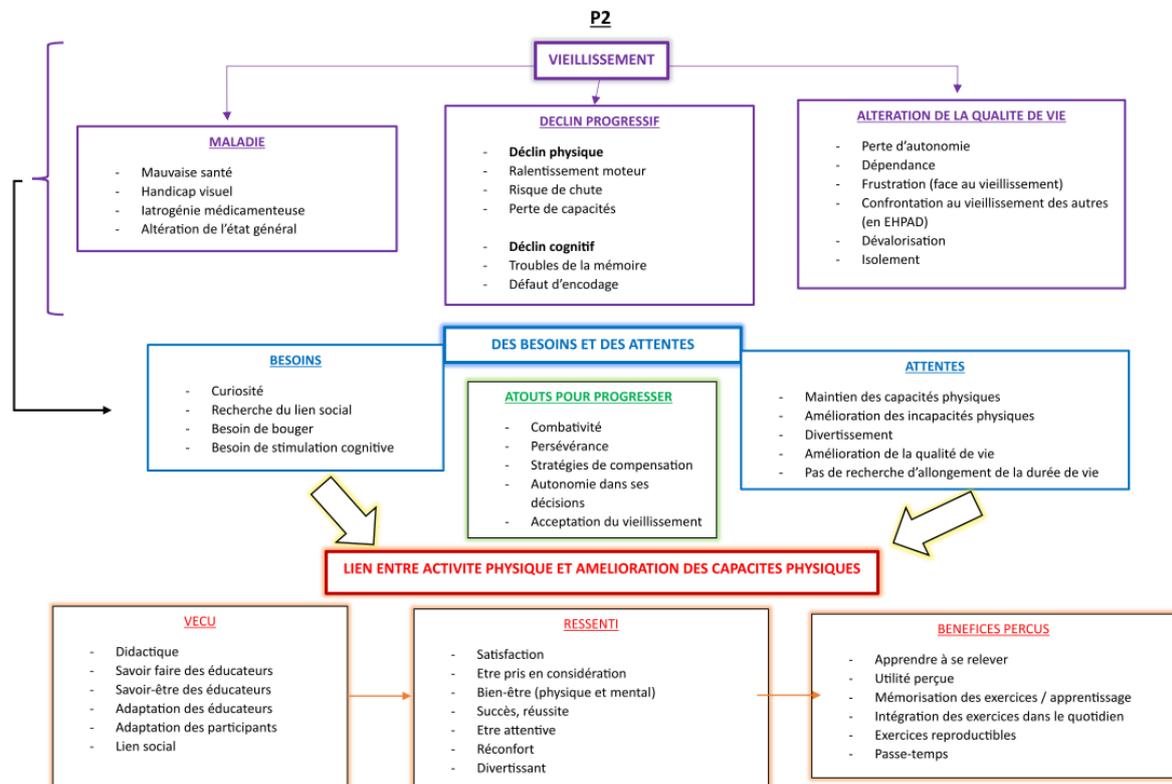
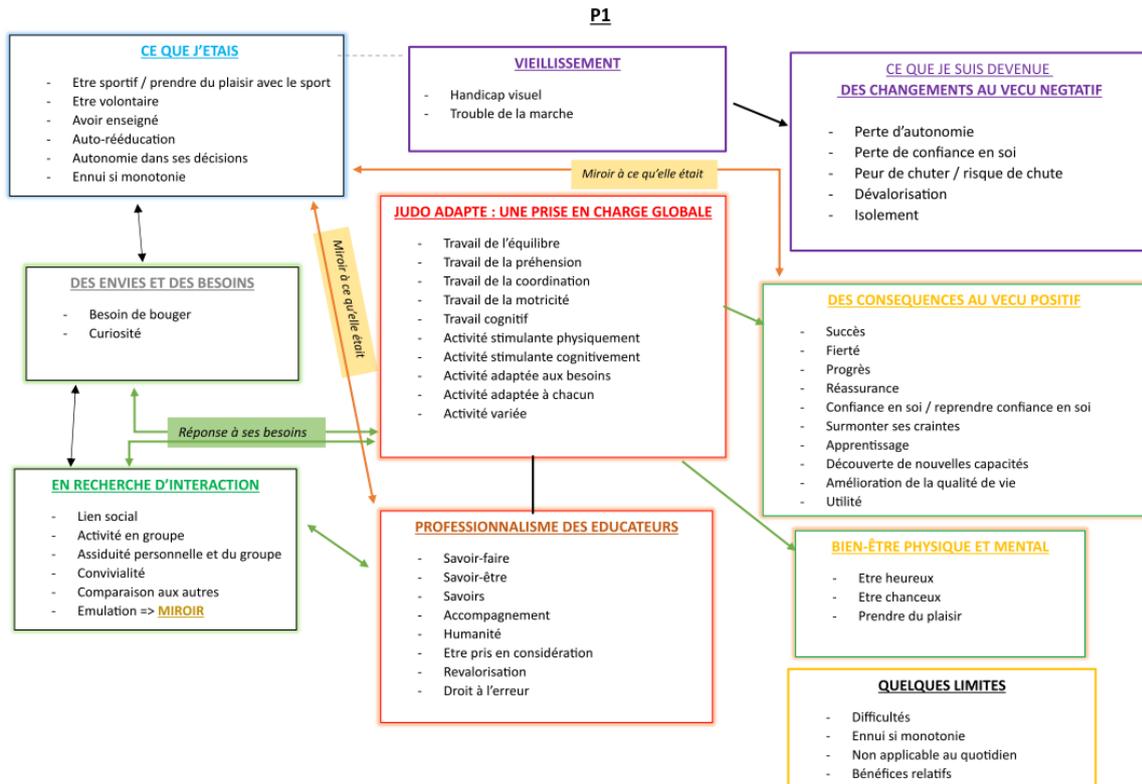
C. Guide d'entretien

Guide d'entretien

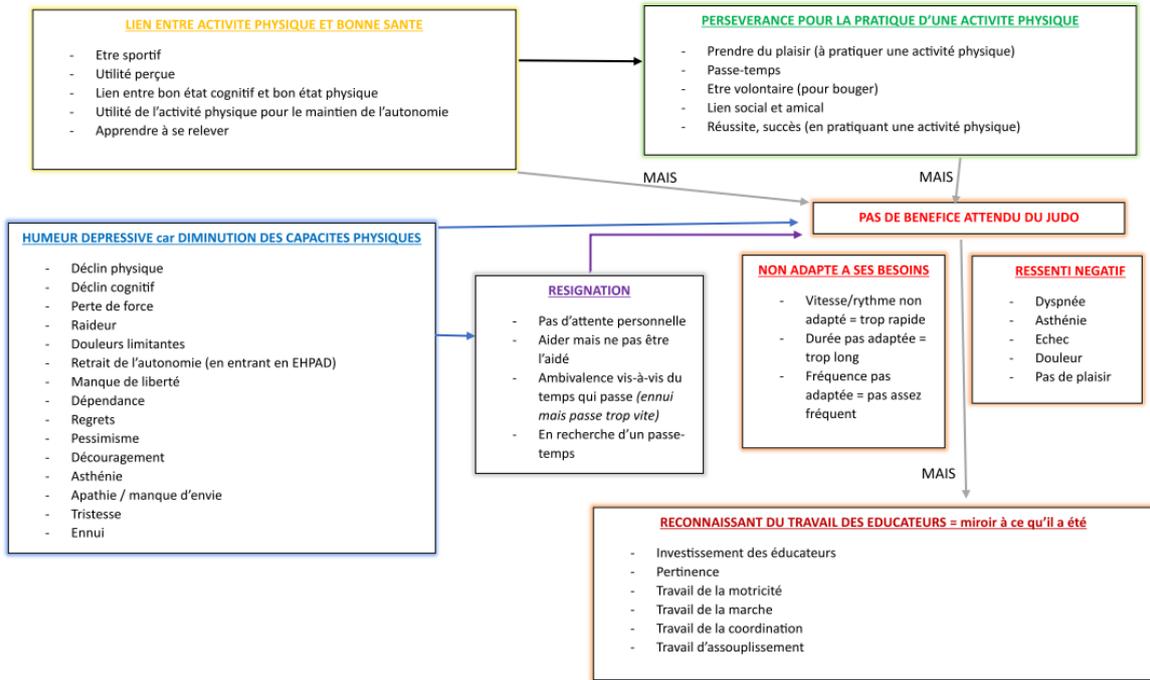
=> Comment s'est passée la dernière séance de judo ?

- Ressenti après la séance
- Ressenti les jours qui suivent
- Conséquences/changements vie quotidienne
- Motivation à continuer
- Difficultés
- Personne à l'initiative
- Activité physique antérieure

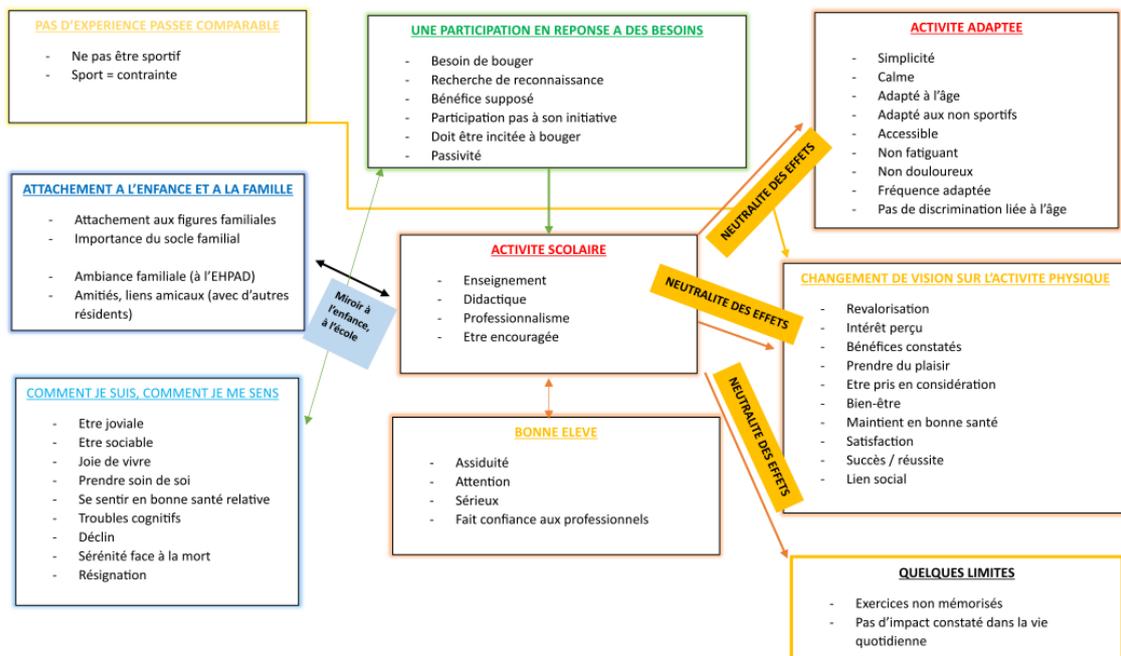
D. Schémas d'analyse

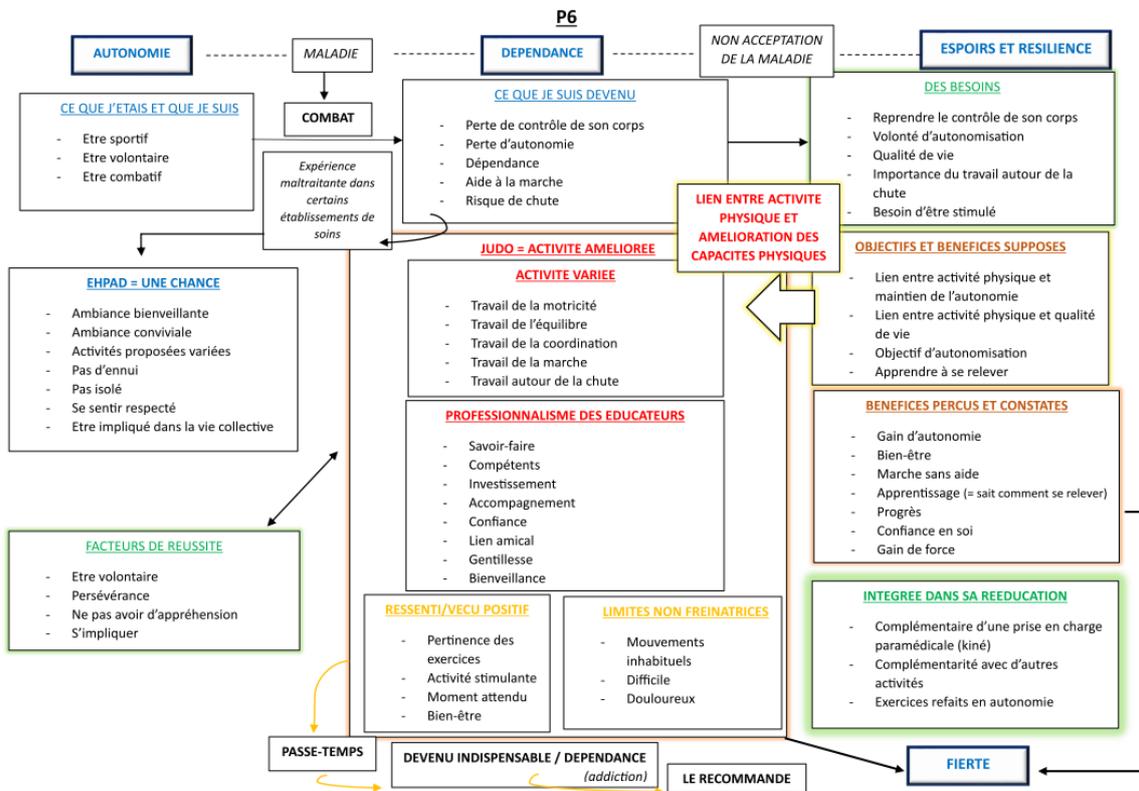
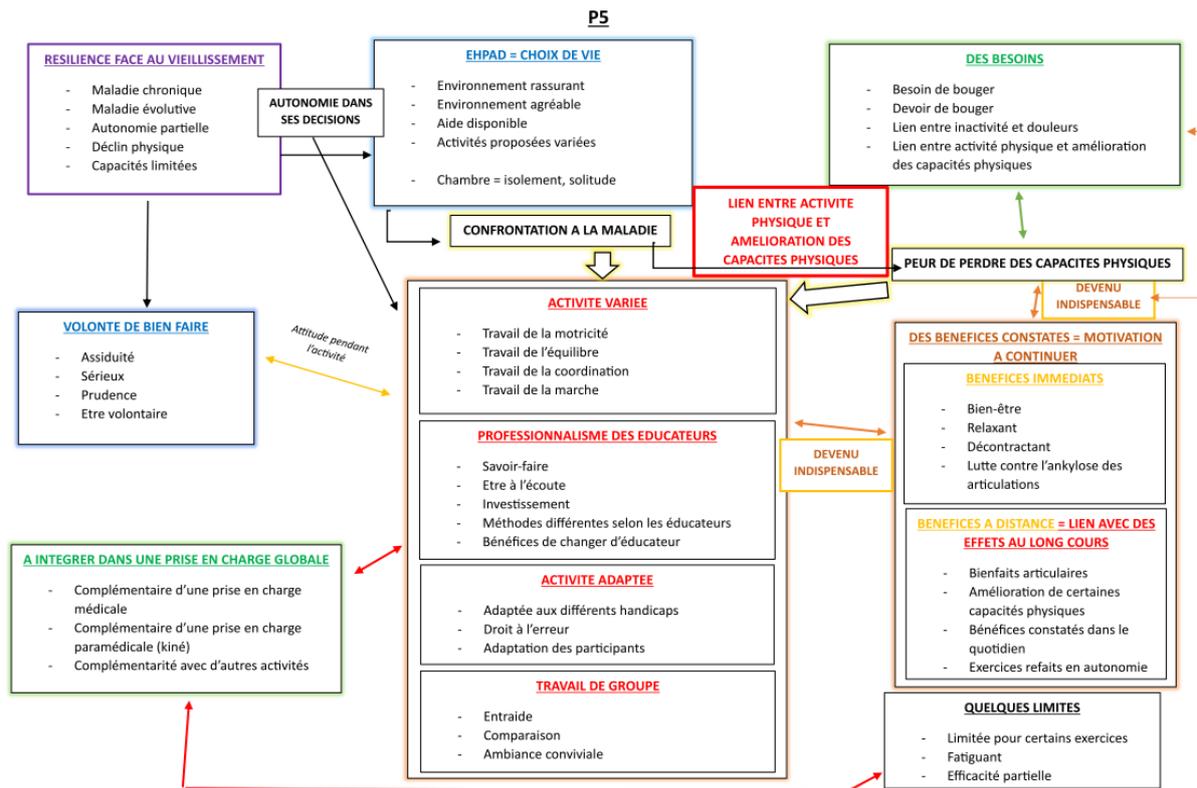


P3

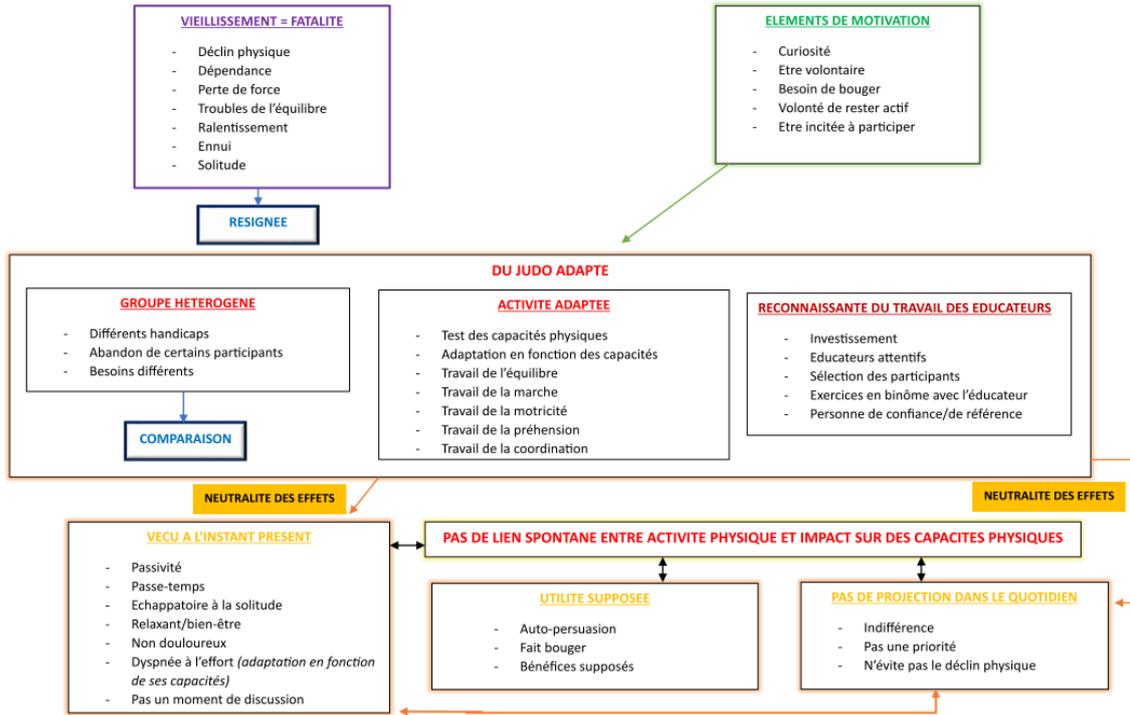


P4

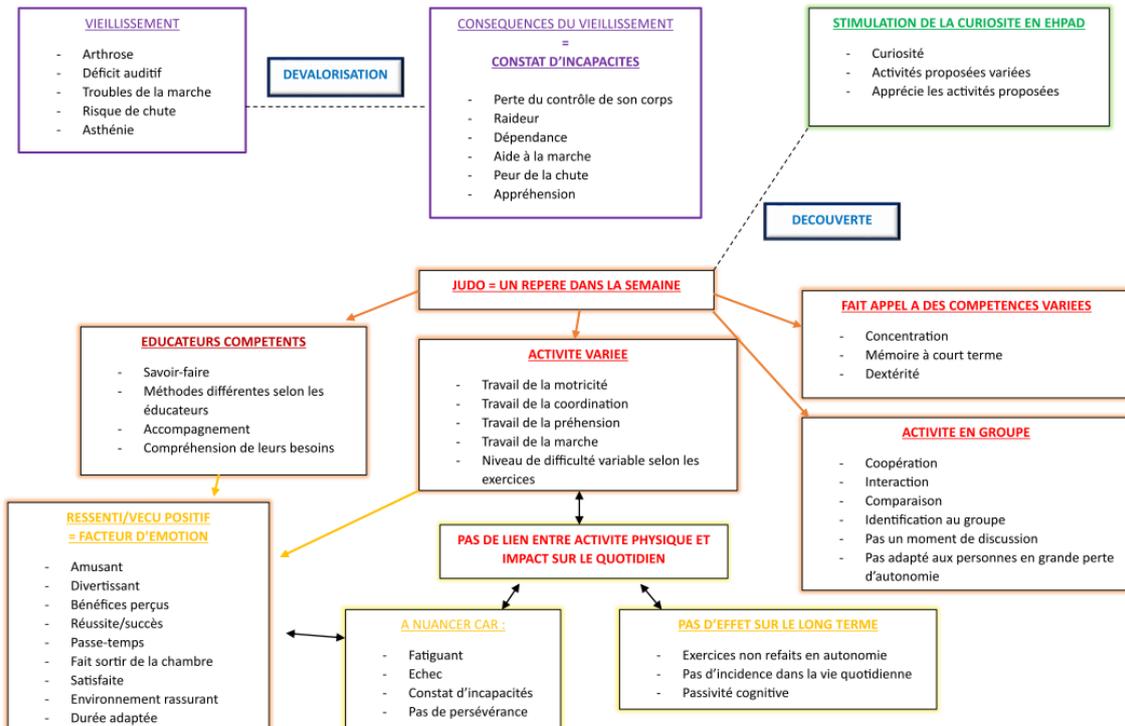


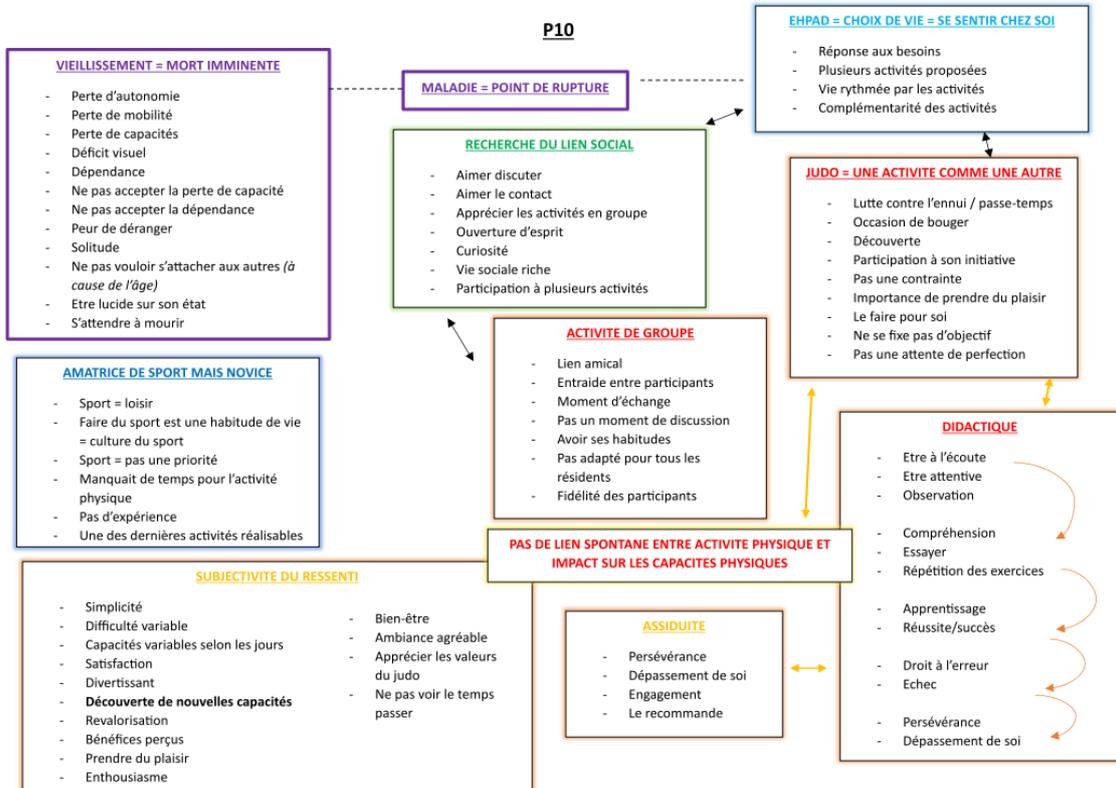
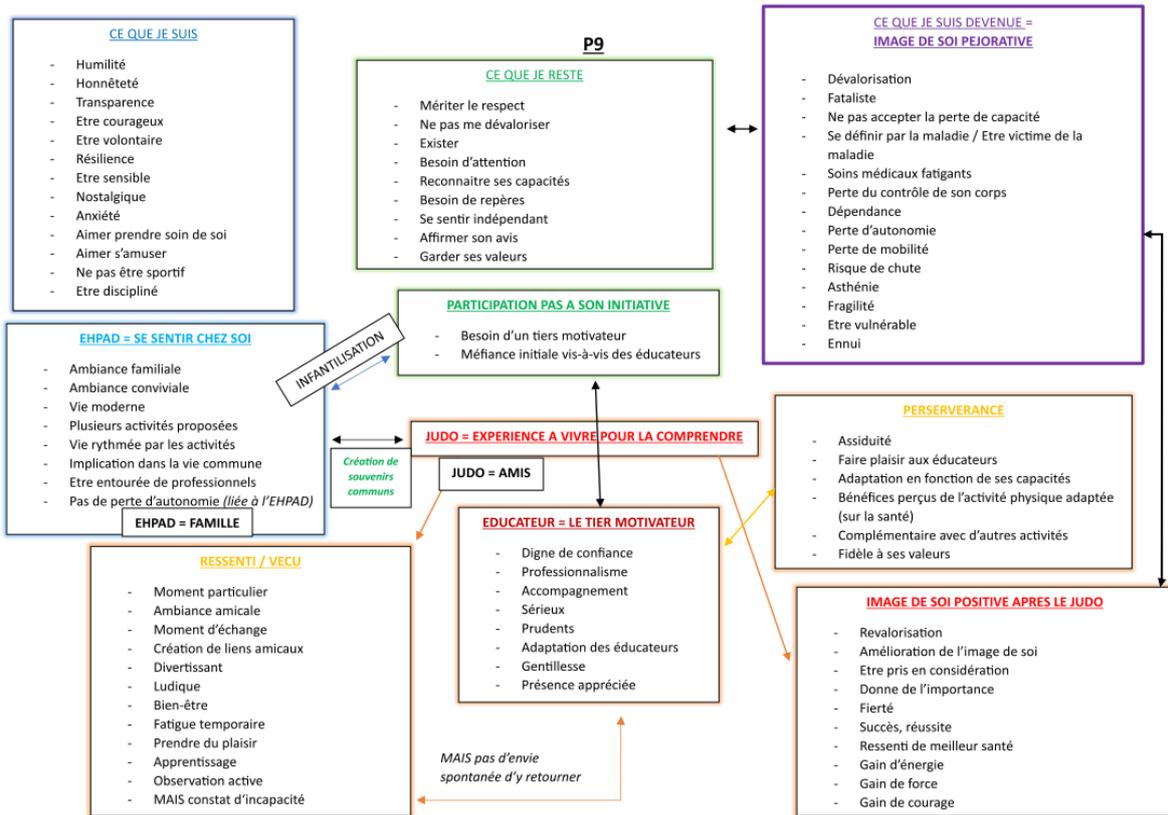


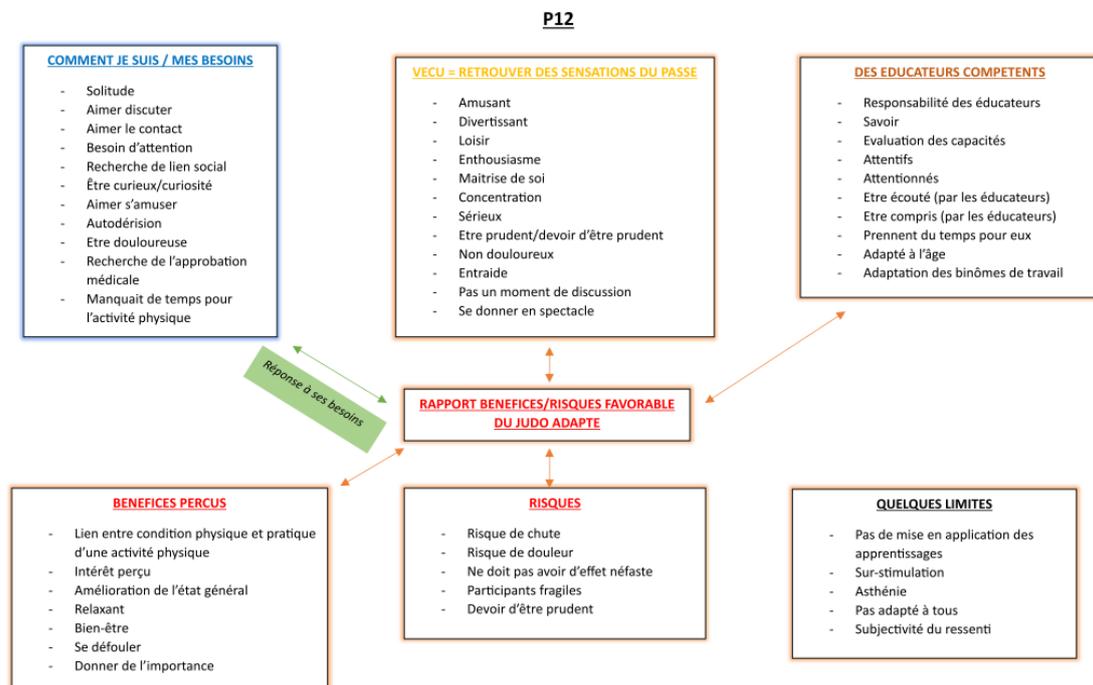
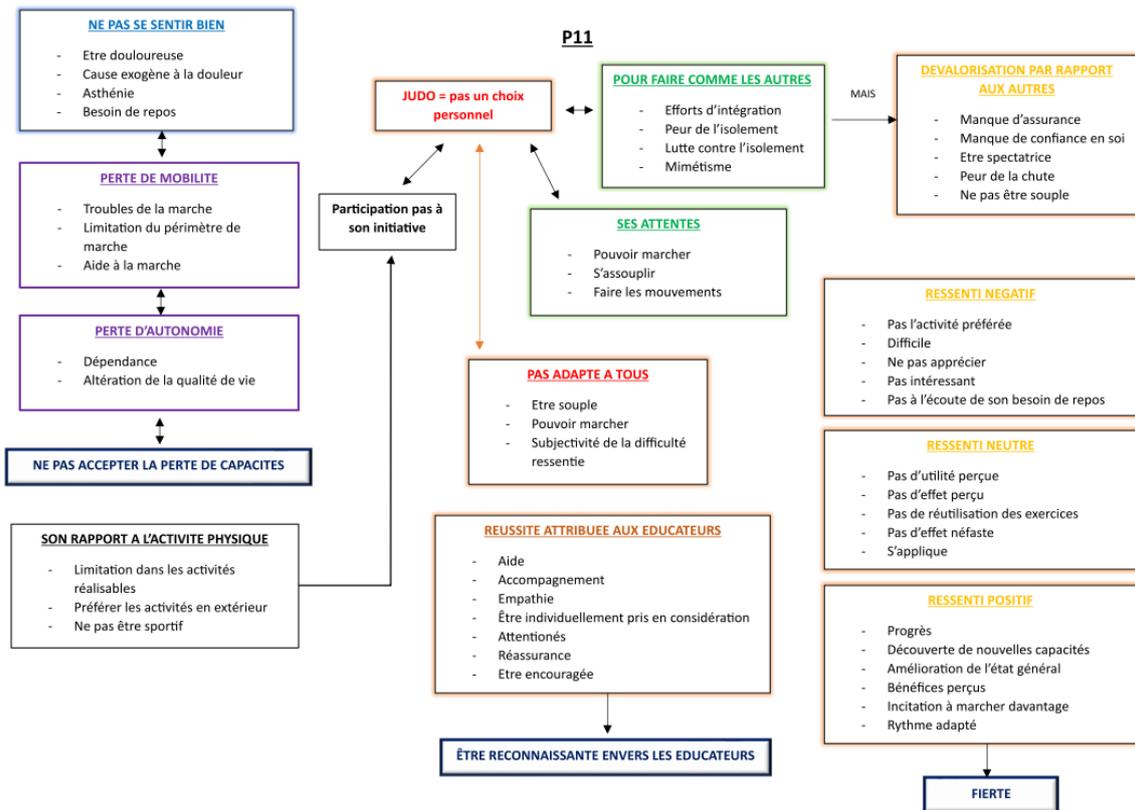
P7

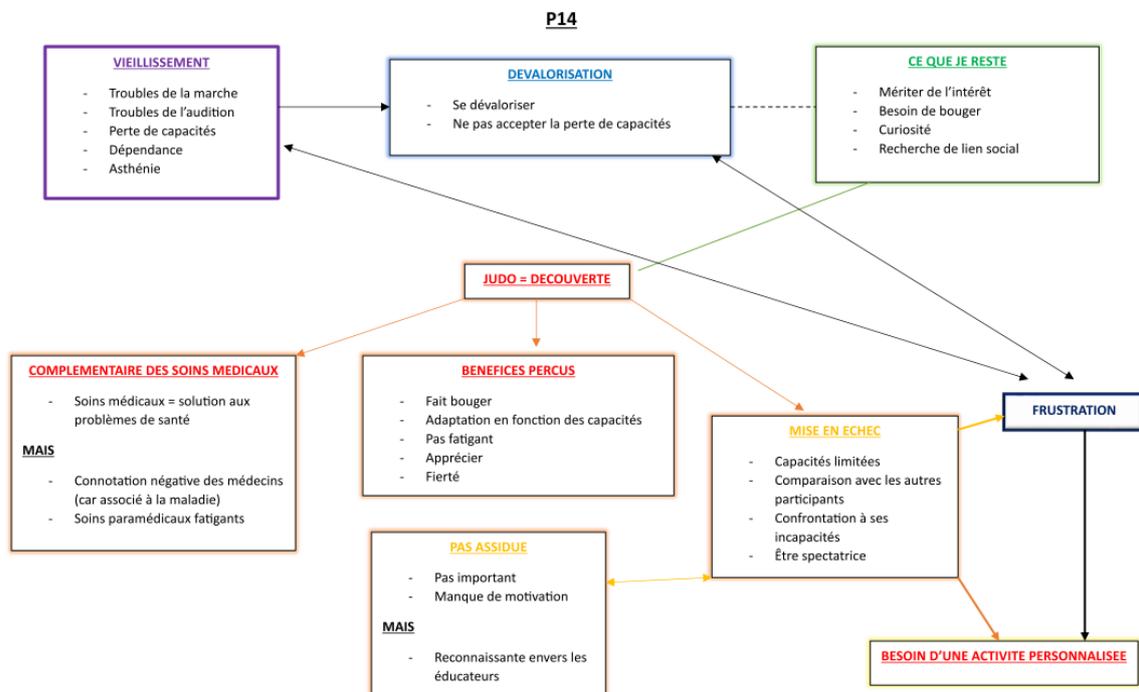
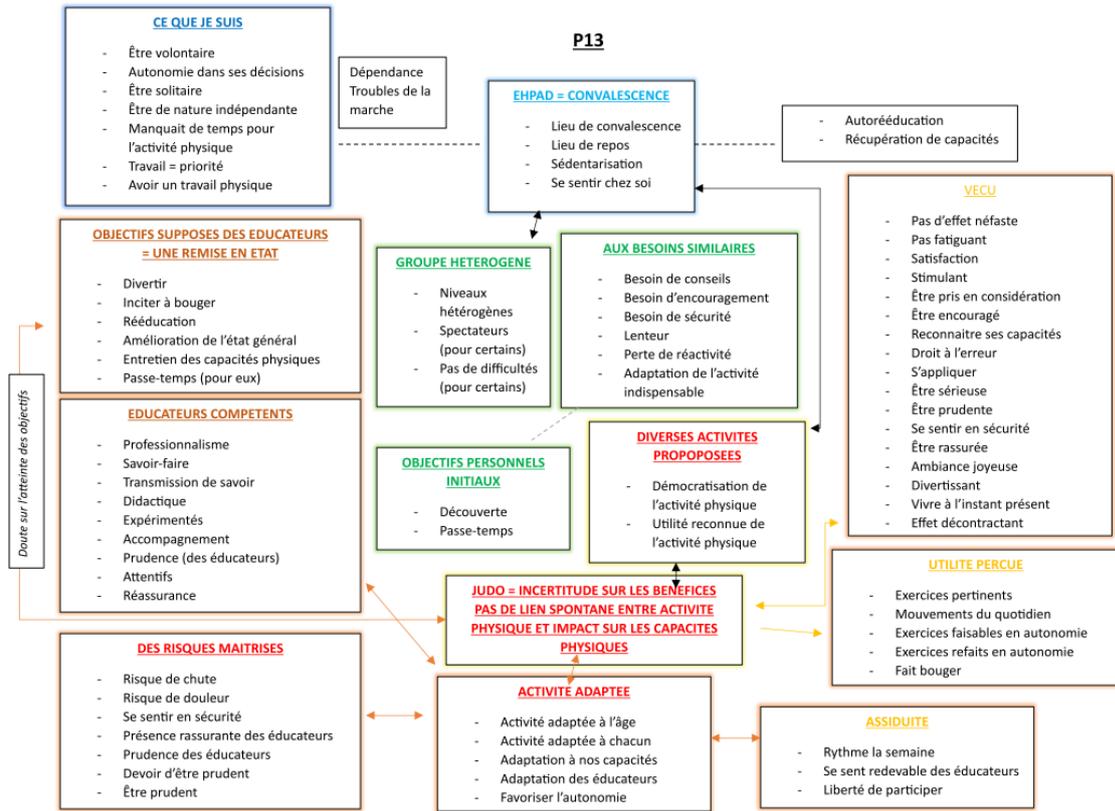


P8

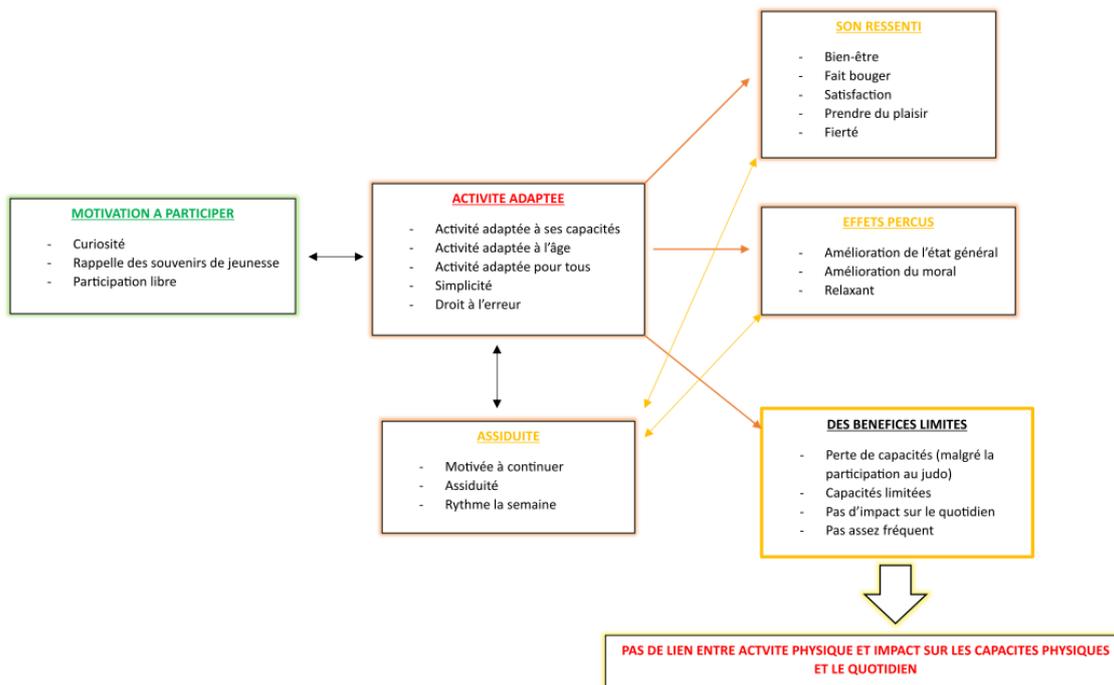








P15



Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized letter 'A' followed by a horizontal line extending to the right.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

BOURJON Albane

Vécu des personnes âgées en perte d'autonomie pratiquant une activité physique adaptée : étude qualitative auprès de résidents en EHPAD participant à une activité adaptée de judo taïso

55 pages – 1 tableau - 2 figures

Résumé :

Contexte : La population française est vieillissante. Les personnes âgées représentent une population de plus en plus importante en soins premiers. Les soins centrés sur la personne âgée visent en partie au maintien de son autonomie et de sa qualité de vie. L'activité physique adaptée est recommandée chez les personnes âgées. Elle agirait en faveur d'un maintien de l'autonomie et d'une diminution du nombre de chutes pour les personnes qui vivent à domicile ou en institution. Néanmoins peu d'études explorent leur vécu et leur ressenti vis-à-vis de l'activité physique adaptée.

Objectif : Explorer le vécu des personnes âgées qui pratiquent une activité physique adaptée en EHPAD.

Méthode : Etude qualitative avec approche phénoménologique par entretiens semi-directifs de quinze résidents en EHPAD participant à une activité physique adaptée (judo taïso).

Résultats : La participation à l'activité physique adaptée qui n'était initialement pas un choix était devenue indispensable. L'activité était vécue comme adaptée à leurs capacités. Elle répondait à leur besoin de bouger et à leur recherche d'interaction sociale. Elle était considérée comme complémentaire aux soins médicaux et paramédicaux en agissant sur le bien-être physique, mental et social. C'était un moment suspendu pourvoyeur d'émotions se déroulant dans une ambiance conviviale et rassurante grâce à la présence des éducateurs. La réussite des exercices entraînait un sentiment de fierté et améliorait l'image de soi. Cependant ces ressentis positifs n'étaient que temporaires et n'empêchaient pas le déclin associé au vieillissement. Des comparaisons aux capacités d'avant et des autres (participants ou résidents) naissait le constat que le vieillissement et la maladie les avaient rendus incompetents et dépendants.

Conclusion : Le médecin n'intervient pas ou peu dans l'organisation de l'activité physique adaptée en EHPAD. Alors que la visite du médecin les renvoie à leurs maladies, la venue des éducateurs pour l'activité physique adaptée est attendue pour passer un moment où ce sont les capacités restantes qui sont prises en considération. Si c'était un soin prescrit par le médecin, est-ce que le vécu positif et valorisant ressenti au cours des séances serait le même ?

Mots-clés : sujet âgé – vieillissement – maison de retraite médicalisée – exercice physique

Jury :

Président du jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA

Directeur de thèse : Docteur Boris SAMKO

Membres du jury : Docteur Valérie MOLINA

Docteur Séverine DURIN

Date de soutenance : 22 février 2024