

## BARRIÈRES À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE : CONSTATS ET STRATÉGIES MOTIVATIONNELLES

// BARRIERS TO EXERCISE: STATEMENT AND MOTIVATIONAL STRATEGIES

Julie Boiché<sup>1</sup> (julie.boiche@umontpellier.fr), Claire Perrin<sup>2</sup>, Grégory Ninot<sup>1,3</sup>, Alain Varray<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Laboratoire Epsilon EA 4556, Université de Montpellier

<sup>2</sup> Laboratoire sur les vulnérabilités et l'innovation dans le sport, EA 7428, Confédération de recherche interdisciplinaire en sport, Université Claude Bernard, Lyon 1, Université de Lyon

<sup>3</sup> Institut du Cancer de Montpellier

<sup>4</sup> Laboratoire EUROMOV Mouvement et Santé, EA 2991, Université de Montpellier

Soumis le 09.12.2019 // Date of submission: 12/09/2019

### Résumé // Abstract

Si les bénéfices de la pratique d'une activité physique adaptée (APA) sont désormais bien démontrés dans le cadre de la prévention secondaire et tertiaire des maladies chroniques, ces bénéfices ne se concrétisent que dans le cas d'une pratique régulière et durable. Or une partie importante des populations concernées n'atteint pas les recommandations de pratique, ce qui peut notamment s'expliquer par des barrières psychologiques ou motivationnelles. Cet article se propose de faire la synthèse des connaissances actuelles concernant les freins et leviers motivationnels identifiés par les recherches conduites au niveau international, et de fournir des recommandations aux professionnels désireux de mettre en place des interventions visant à promouvoir une activité physique pérenne chez les malades atteints de maladies chroniques.

*In spite of the identification of the numerous benefits of an adapted physical activity in secondary and tertiary prevention of chronic disease, those are unlikely to appear unless physical activity is regular and long-lasting. However, an important part of the concerned populations does not meet current physical activity guidelines, which is partly due to psychological or motivational barriers. This article presents current knowledge on the barriers and facilitators identified by international scientific research, and provides recommendations to professionals willing to promote lasting physical activity practice in people with chronic conditions.*

**Mots-clés :** Activité physique adaptée (APA), Motivation, Freins, Leviers, Interventions

// **Keywords:** Physical activity, Motivation, Barriers, Facilitators, Interventions

### Introduction

Le présent article résulte d'une revue bibliographique et d'une analyse réalisée dans le cadre de l'expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche (Inserm), intitulée « Activité physique prévention et traitement des maladies chroniques »<sup>1</sup>, et plus précisément du chapitre 3 – Les barrières à l'activité physique chez la personne malade chronique : processus motivationnels, antécédents et stratégies d'intervention.

La méthodologie de l'expertise Inserm, basée sur une analyse collégiale par un groupe d'experts de la bibliographie existante, est présentée dans l'article du présent BEH « Pourquoi un BEH sur l'expertise Inserm : Activité physique prévention et traitement des maladies chroniques ? ». Et l'on s'intéresse tout particulièrement ici, dans le cadre de cette expertise, aux facteurs favorisant ou faisant obstacle à l'adoption par les personnes atteintes de maladies chroniques d'une activité physique adaptée à leurs capacités et pathologies sur le long terme.

En effet, l'analyse de la littérature internationale (environ 150 publications ont été analysées pour ce

volet spécifique de l'expertise)<sup>(1)</sup> montre qu'un nombre important de patients ayant une maladie chronique ne participent pas aux programmes d'activités physiques qui leur sont proposés<sup>2,3</sup>, et que les taux d'abandon au cours de ces programmes sont élevés<sup>4,5</sup>. De plus, lorsqu'ils s'engagent dans la pratique, seul un faible pourcentage d'entre eux maintiennent une activité physique lors du retour à domicile, une fois les programmes supervisés achevés<sup>6</sup>. Ces constats convergent vers un questionnement sur les freins et les leviers motivationnels caractérisant ces patients.

### Quels résultats disponibles dans la littérature scientifique ?

Les questions soulevées sur ce sujet dans l'expertise collective Inserm (2019) étaient de trois ordres. En premier lieu, quels sont les facteurs motivationnels et/ou les barrières associés de façon significative avec la pratique d'une activité physique régulière

<sup>(1)</sup> Seules quelques-unes des 150 publications sont référencées dans l'article. Les lecteurs peuvent consulter la bibliographie complète sur le site de l'expertise, au chapitre 3, p. 127 à 140 ainsi que le texte de l'expertise se référant aux motivations et barrières à l'activité physique p. 101 à 127.

chez les personnes atteintes d'une maladie chronique ? Deuxièmement, est-il possible d'identifier des facteurs individuels (e.g. âge, genre, type de pathologie) ou contextuels (e.g. activités, modes de pratique) susceptibles d'avoir un impact sur ces motivations et barrières ? Troisièmement, est-il possible d'agir efficacement sur ces leviers et barrières, et si oui, par quel(s) moyen(s) ?

### Facteurs motivationnels et/ou barrières

La littérature scientifique suggère que le maintien de l'engagement des personnes atteintes de maladie chronique dans une activité physique est principalement motivé par le plaisir et l'intérêt qu'elles y trouvent. Inversement, l'absence de pratique est justifiée par un manque d'intérêt pour l'activité physique ou par le fait que les patients trouvent ennuyeux ce qu'on leur propose<sup>7</sup>.

Un autre facteur primordial d'engagement renvoie à leurs croyances en termes de bénéfices perçus, aussi bien pour leur santé physique que pour leur bien-être psychologique. À l'inverse, le manque de connaissances sur les effets positifs de la pratique de l'activité physique ou des croyances défavorables selon lesquelles celle-ci serait inutile dans la gestion de leur pathologie, peuvent être à l'origine de l'absence d'initiation ou de maintien d'une telle pratique<sup>8</sup>. Les patients peuvent également être motivés par l'image de soi positive que leur renvoie le fait de pratiquer l'activité physique, celle-ci pouvant ainsi participer au phénomène de résilience face à la maladie. Donc, si l'engagement dans une activité physique gagne à être initié dans le parcours de soin, sa confirmation suppose que l'expérience procure des sensations corporelles positives ainsi qu'une perception d'une amélioration de son pouvoir d'action et des interactions sociales valorisantes, dans la perspective d'une pratique sociale partagée qui trouve ses significations au-delà du monde médical.

Les principales barrières à la pratique de l'activité physique sont liées à l'état de santé, en particulier à la douleur, à l'exacerbation temporaire de certains symptômes associés à la pathologie et à la fatigue ressentie, parfois en raison d'effets secondaires de certains traitements, et à l'éloignement culturel et social de la pratique physique. Les inégalités sociales face à l'intégration d'une pratique physique dans le parcours de soins sont en effet importantes. Le fait de pratiquer non pour soi mais pour faire plaisir à autrui, ou en réponse à une pression sociale, est un facteur défavorable à long terme. De même, les risques perçus à ne pas pratiquer semblent avoir peu de lien avec l'adoption d'une activité physique.

Les croyances des individus en leurs capacités à pratiquer des activités physiques, en particulier dans des circonstances contraignantes, représentent un déterminant très important. Ainsi, ne pas se sentir compétent, ne pas avoir confiance en soi et en ses capacités est associé à moins de pratique et plus de désengagement. Les personnes atteintes de maladie chronique peuvent également se sentir incapables d'être physiquement actives, non pas dans l'absolu,

mais du fait de leur état de santé, de leur environnement matériel, ou parce qu'elles considèrent l'activité physique comme secondaire par rapport à leurs responsabilités familiales et/ou professionnelles<sup>9</sup>.

Qui plus est, l'environnement social – incluant le corps médical, les professionnels supervisant la pratique d'activité physique, les pairs et la famille – peut influencer de façon plus ou moins favorable la motivation de ces personnes, en fonction des messages adressés et des comportements adoptés. Les explications, le soutien, les encouragements, l'individualisation des contenus et le partage d'expérience apparaissent comme des facilitateurs ; les comportements directifs, la pression, ou la surprotection, sont à l'inverse néfastes<sup>10</sup>.

Enfin, si la planification des activités représente une étape incontournable afin de permettre l'initiation de la pratique, la création de routines s'avère par la suite une nécessité pour que l'activité physique devienne un comportement adopté de façon habituelle<sup>11</sup>.

### Facteurs individuels ou contextuels susceptibles d'avoir un impact sur les motivations et barrières

Les constats relatifs à la motivation s'appliquent de manière transversale à toutes les maladies chroniques. Ainsi, les conclusions présentées dans la partie précédente sont largement partagées entre les populations, bien que certaines dimensions ou barrières s'expriment de façon différente selon les individus (par exemple, les barrières liées aux effets secondaires des traitements ont été particulièrement rapportés par les patients atteints de cancer ou de schizophrénie). Peu de travaux sont disponibles concernant les autres caractéristiques individuelles : il existe peu d'évidences scientifiques démontrant que certaines barrières seraient plus ou moins présentes, selon l'âge par exemple. À titre d'exception, un résultat assez récurrent concerne les niveaux de barrières plus élevés rapportés par les femmes. Concernant les modalités de pratique, des différences interindividuelles importantes ont été identifiées, sans être associées à certaines caractéristiques des patients. Les personnes atteintes de maladie chronique témoignent ainsi de préférences très variées en matière d'activité physique pratiquée (marche, gymnastique, natation, vélo, sports collectifs...), ou de contexte. Des proportions assez équilibrées de personnes déclarent également préférer une pratique individuelle ou collective, avec d'autres patients ou dans un groupe de pratiquants tout-venant.

### Agir efficacement sur les leviers et les barrières

Différentes méthodes d'intervention ont été identifiées comme des moyens efficaces pour favoriser la motivation envers l'activité physique, que ce soit lors d'une hospitalisation ou après. La littérature indique que les interventions basées sur un modèle théorique ont un impact significatif sur les niveaux d'activité physique<sup>12</sup>. Cet article n'a pas inclus de références d'études ayant visé « simplement » à promouvoir l'activité physique chez des patients atteints de

pathologie chronique, mais seulement celles ayant testé l'effet d'interventions sur leur motivation envers l'activité physique.

La plupart des interventions qui influencent de façon significative certaines des dimensions motivationnelles évoquées dans la partie précédente emploient une combinaison de techniques (entre 2 et 10, voir tableau) pour une définition des techniques de changement de comportement identifiées<sup>13,14</sup>.

### Comment s'emparer de ces résultats pour favoriser la motivation des patients ?

Il apparaît nécessaire d'associer à la prescription une démarche éducative pour favoriser l'engagement du patient dans un projet d'activité physique sur le long terme. L'enjeu principal est qu'il intègre l'activité physique dans sa vie quotidienne, d'où la nécessité de favoriser sa implication dès l'initiation du projet d'activité physique et le développement de son autonomie dans une pratique qui a du sens pour lui.

Pour cela, il va s'agir d'articuler les programmes d'activité physique avec les programmes d'éducation thérapeutique et d'initier toute démarche par un bilan éducatif partagé qui invite le patient à identifier ses habitudes de vie, ses besoins, possibilités, envies, les freins et les leviers pertinents dans sa situation. Il convient alors, avec l'enseignant en activité physique adaptée ou le professionnel de santé qui mène le bilan, de fixer un objectif et d'identifier les moyens qu'il mobilisera pour l'atteindre. Des bilans de suivi permettront d'ajuster les objectifs et de renouveler les moyens pour soutenir le projet de pratique.

Ce bilan motivationnel peut déboucher sur une orientation vers :

- une association si le patient est autonome en activité physique et dans la gestion de sa pathologie ;
- un dispositif de courte durée pour suivre un programme d'activités physiques adaptées au besoin médical et aux limitations fonctionnelles et psychosociales ;
- ou un dispositif de moyenne durée (plusieurs mois) pour suivre un programme d'activité physique adaptée quand il est nécessaire de combler un déficit de ressources (physiques, psychologiques ou sociales).

Pour les publics les plus fragiles ou vulnérables (e.g. patients âgés, faible niveau socioéconomique, précarité sociale) et/ou n'ayant pas ou peu vécu en matière d'activité physique, un tel dispositif permettra d'expérimenter concrètement des activités physiques ajustées aux possibilités, besoins, préférences, d'en ressentir les effets, de les vivre avec plaisir et de les reconnaître comme étant bénéfiques pour leur santé.

L'objectif de ce cycle éducatif n'est pas tant de faire de l'exercice que de développer des ressources physiques (perception de son corps, de ses postures, identification d'indicateurs pertinents pour soi et sa santé, développement de compétences motrices), psychologiques (confiance en soi, en sa capacité à évoluer, à entrer en relation avec les autres) et sociales (s'approprier des savoirs généraux sur les activités physiques et sportives, mais aussi sur la santé et le soin, sur l'indépendance et l'autonomie).

Tableau

#### Techniques permettant d'agir sur la motivation

|  |   |
|--|---|
| <b>Information</b>                           | Donner/rappeler des informations sur les effets bénéfiques de l'activité physique régulière, sur un ensemble de dimensions (biologiques, psychologiques et sociales) et les mettre en lien avec les situations vécues et changements constatés sur soi  |
| <b>Opportunités</b>                          | Proposer différentes possibilités de pratique d'activité physique, prenant en compte les goûts individuels et les préférences personnelles (nature de l'activité, supervision/pratique autonome, pratique conjointe avec d'autres patients ou non)  |
| <b>Anticipation et gestion des barrières</b> | Anticiper individuellement les barrières à l'activité physique, les conflits potentiels entre l'activité physique et les autres activités, anticiper la possibilité que la personne ne pratique plus d'activité physique pendant certaines périodes ; prévoir la meilleure façon de faire face à ces événements pour l'individu |
| <b>Fixation d'objectifs</b>                  | Choix personnel de la nature, la fréquence, l'intensité et la durée de l'activité physique pratiquée ; rappel des objectifs fixés et des séances prévues ; système de <i>feedback</i> permettant d'évaluer l'évolution vers les objectifs et de recevoir des encouragements   |
| <b>Monitoring</b>                            | Suivi de l'adoption du comportement d'activité physique, pouvant être réalisé par la personne (tenue d'un journal) ou un membre de son entourage  |
| <b>Rappel d'expérience</b>                   | Se remémorer une situation personnelle vécue comme une expérience positive de pratique d'activité physique, ou comme une réussite dans ses tentatives d'inscrire l'activité physique dans son nouveau style de vie  |
| <b>Partage d'expérience :</b>                | Témoignage d'autres patients indiquant avoir rencontré les mêmes difficultés ou doutes vis-à-vis de la pratique d'activité physique, ayant constaté des bénéfices d'une pratique d'activité physique durable, ou ayant réussi à mettre en place le comportement de façon régulière  |
| <b>Soutien social</b>                        | Soutien de la démarche et encouragements par les proches, voire pratique conjointe de l'activité physique ; soutien de l'environnement médical et d'autres professionnels   |
| <b>Réévaluation cognitive</b>                | Travail sur les pensées récurrentes à l'égard de l'activité physique afin de favoriser une évolution, d'un versant négatif (tourné sur les coûts et les risques) vers des pensées positives tournées vers les capacités et les bénéfices  |
| <b>Entretien motivationnel</b>               | Méthode clinique d'accompagnement du changement de comportement, basée sur une approche non directive, l'initiative du patient, la minimisation de la résistance au changement et la prise en compte de son ambivalence   |

Dès que le patient en a les ressources, il doit être accompagné dans la construction d'un projet de pratique d'activité physique qui a du sens pour lui dans son parcours de soins et dans son parcours de vie.

Pour favoriser le maintien de la motivation à long terme, une combinaison de stratégies doit être utilisée dans le cadre d'une pratique d'activité physique supervisée et/ou non supervisée. Ces stratégies incluent les techniques présentées dans le tableau, qui peuvent être employées par différents interlocuteurs tout au long du parcours de santé (personnel soignant, médecin, psychologue, spécialiste de l'activité physique adaptée...) lors de séances en face-à-face, individuelles ou collectives. Certaines de ces techniques peuvent faire l'objet d'une implication de l'entourage personnel (familles, amis, collègues). Une fois connues, plusieurs d'entre elles peuvent même être utilisées de manière autonome par les patients. Certaines stratégies peuvent bénéficier d'outils technologiques (accéléromètre, réseaux sociaux, sites Internet, appels téléphoniques, SMS, objets connectés santé, jeux sérieux, visioconférence...). Ces solutions technologiques ne constituent pas des interventions à part entière et il convient de veiller à ce qu'elles ne représentent pas une barrière supplémentaire (par exemple dans le cas où les personnes ne disposent que de peu d'équipements technologiques, maîtrisent mal les objets connectés ou vivent dans des zones où les connexions sont difficiles).

Initier un engagement dans une activité physique adaptée pour des personnes malades chroniques ne va pas de soi, en particulier quand leur milieu social et culturel les a tenus éloignées des activités physiques et sportives. Il suppose des compétences professionnelles spécialisées en APA, d'adaptation des interventions aux besoins tant médicaux que de santé, de bien-être et de participation sociale, ces besoins évoluant au cours de la maladie. Il suppose par ailleurs une offre de pratique adaptée, qui permette à l'engagement de se confirmer au-delà du monde médical dans un parcours de santé intégré au parcours de vie (Stratégie nationale Sport Santé 2019-2024)<sup>15</sup>. Un des principes à respecter est donc de concevoir dès le début des soins (à l'hôpital ou en ville) la préparation et l'identification des éléments qui pourront être déterminants pour la poursuite d'une pratique à domicile ou à proximité du lieu de vie. Il s'agit de permettre au patient de mobiliser immédiatement ses capacités et, s'il le souhaite, d'adopter une démarche proactive dans son parcours de soins. ■

#### Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

#### Références

[1] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques. Expertise collective Inserm. Montrouge: EDP

Sciences; 2019. 824 p. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques>

[2] Craike M, Hose K, Livingston P. Physical activity participation and barriers for people with multiple myeloma. *Support Care Cancer*. 2013;21(4):927-34.

[3] Albert NM, Forney J, Slifcak E, Sorrell J. Understanding physical activity and exercise behaviors in patients with heart failure. *Heart Lung*. 2015;44(1):2-8.

[4] King A, Marcus B, Ahn D, Dunn AL, Rejeski WJ, Sallis JF, *et al.* Identifying subgroups that succeed or fail with three levels of physical activity intervention. The activity counseling trial. *Health Psychol*. 2006;25(3):336-47.

[5] Escolar-Reina P, Medina-Mirapeix F, Gascon-Canovas JJ, Montilla-Herrador J, Jimeno-Serrano FJ, de Oliveira Sousa SL, *et al.* How do care-provider and home exercise program characteristics affect patient adherence in chronic neck and back pain: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:60.

[6] Ries A, Kaplan R, Myers R, Prewitt LM. Maintenance after pulmonary rehabilitation in chronic lung disease: A randomized trial. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003;167:880-8.

[7] Vancampfort D, Moens H, Madou T, De Backer T, Vallons V, Bruyninx P, *et al.* Autonomous motivation is associated with the maintenance stage of behaviour change in people with affective disorders. *Psychiatry Res*. 2016;240:267-71.

[8] Poltawski L, Boddy K, Forster A, Goodwin VA, Pavey AC, Dean S. Motivators for uptake and maintenance of exercise: perceptions of long-term stroke survivors and implications for design of exercise programs. *Disabil Rehabil*. 2015;37(9):795-801.

[9] Brunet J, Taran S, Burke S, Sabiston CM. A qualitative exploration of barriers and motivators to physical activity participation in women treated for breast cancer. *Disabil Rehabil*. 2013;35(24):2038-45.

[10] Tulloch H, Sweet SN, Fortier M, Capstick G, Kenny GP, Sigal RJ. Exercise facilitators and barriers from adoption to maintenance in the diabetes aerobic and resistance exercise trial. *Can J Diabetes*. 2013;37(6):367-74

[11] Thorpe O, Johnson K, Kumar S. Barriers and enablers to physical activity participation in patients with COPD: A systematic review. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2012;32(6):359-69.

[12] Gourlan M, Bernard P, Bortolon C, Romain AJ, Lareyre O, Carayol M, *et al.* Efficacy of theory-based interventions to promote physical activity. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Health Psychol Rev*. 2016;10(1):50-66.

[13] Michie S, Ashford S, Sniehotta FF, Dombrowski SU, Bishop A, French DP. A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: The CALO-RE taxonomy. *Psychology & Health*. 2011;26(11):1479-98.

[14] Bernard P, Boiché J, Chevance G, Haas M, Héraud N, Latrille C, *et al.* Traduction française de la taxonomie des techniques de changement de comportement (v1; Michie *et al.*, 2013). 2019. 21 p. <http://guillaumechevance.com/2019/06/07/traduction-francaise-de-la-taxonomie-v1-des-techniques-de-changement-de-comportement>

[15] Ministère des Solidarités et de la Santé – Ministère des Sports. Stratégie nationale Sport Santé 2019-2024. Paris: Ministère chargé des Sports; 2019. 44 p. [http://sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_snss\\_2019-2024\\_cs6\\_v5.pdf](http://sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snss_2019-2024_cs6_v5.pdf)

#### Citer cet article

Boiché J, Perrin C, Ninot G, Varray A. Barrières à l'activité physique : constats et stratégies motivationnelles. *Bull Epidemiol Hebd*. 2020;(HS):34-7. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/HS/2020\\_HS\\_7.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/HS/2020_HS_7.html)