Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 11 juin 2020 à Poitiers
par Madame Lucie Fournier

Evaluation de la satisfaction des patients et intervenants d'un programme d'activité physique adaptée au sein de maisons de santé pluri-professionnelles

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame la Professeure Marie-Christine Perault-Pochat

Membres : Docteur Valérie Victor-Chaplet
Docteur Pierrick Archambault

Directeur de thèse : Docteur François Birault

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 11 juin 2020 à Poitiers
par Madame Lucie Fournier

Evaluation de la satisfaction des patients et intervenants d'un programme d'activité physique adaptée au sein de maisons de santé pluri-professionnelles

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame la Professeure Marie-Christine Perault-Pochat

Membres : Docteur Valérie Victor-Chaplet
Docteur Pierrick Archambault

Directeur de thèse : Docteur François Birault

Année universitaire 2019 - 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie **(absente jusque début mars 2020)**
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en détachement)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Liste des abréviations

Introduction 7
Matériel et méthodes 10
Type d'étude 10
Population source 10
Mise en place du programme d'APA au sein de quatre MSP de la Vienne 10
Financement du programme 10
Déroulement du programme d'APA 10
Evaluation de la satisfaction à 6 mois de la mise en place du dispositif 11
Analyse de l'adhésion des patients au dispositif 11
Echelles d'évaluation utilisées pour évaluer les caractéristiques de la population 11
Echelle d'estime de soi de Rosenberg (Annexe 5) 11
Score de précarité en pratique clinique : PRECAR (Annexe 6) 12
Questionnaire FFEPGV sur l'hygiène de vie (Annexe 7) 12
Echelle HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale (Annexe 8) 12
Analyse statistique 12
Résultats 13
Questionnaire soumis aux patients 13
Questionnaire soumis aux soignants 16
Questionnaire soumis aux éducateurs 16
Flux des patients 18
Caractéristiques de la population 19
Discussion 20
Conclusion 20
Limites de l'étude, les différents biais 20
Comparaison avec la littérature 22
Questionnaires soumis 23
Perspectives 25

Annexes
Bibliographie
Résumé
Résumé soumis pour le congrès du CNGE
Serment

Liste des abréviations

ALD : Affection de longue durée

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

APA : Activité physique adaptée

ARS : Agence régionale de Santé

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

CNDS : Centre national pour le développement du Sport

CDSA : Comité départemental du sport adapté

FFEPGV : Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire

HAS : Haute autorité de santé

HAD : Hospital anxiety and depression scale

IDE : Infirmière diplômée d'état

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IPAQ : Internation physical activity questionnaire

MET : équivalent métabolique ; metabolic equivalent of task

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONAPS : Office national de l'activité physique et de la sédentarité

ORS : Observatoire régional de la santé

PNNS : Plan national nutrition santé

SF-36 : Short form (36) health survey

STAPS : Sciences et techniques des activités physiques et sportives

Introduction

L'activité physique se définit comme tout mouvement produit par les muscles squelettiques responsable d'une augmentation de la dépense énergétique de repos et elle est à différencier de la sédentarité qui est considérée comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos. L'inactivité physique se définit comme un niveau insuffisant d'activité physique (1). L'intensité de l'activité physique peut se quantifier grâce à l'échelle de MET et permet de classer les activités selon celle-ci (annexe 1) (2).

Il est montré que près de deux tiers de la population mondiale adulte ne parvient pas à atteindre les recommandations en termes d'activité physique et pourtant 7 adultes sur 10 les connaissent. En termes de sédentarité, 4 personnes sur 10 ont un niveau élevé de sédentarité (3) (4). Il existe des disparités au sein de la population avec une diminution de la pratique d'activité physique avec l'âge en particulier après 50 ans avec plus de 40% de non pratiquants, une pratique moindre chez les femmes avec des écarts qui s'atténuent, mais également chez les classes moyennes, les ouvriers et retraités avec 34% de non pratiquants (5).

Pourtant il est désormais admis que la sédentarité est considérée comme le quatrième facteur de risques de décès et que l'activité physique pourrait réduire quatre des principales maladies non transmissibles de 6 à 10 % (6). Il est donc admis que l'activité physique et la lutte contre la sédentarité apporte de nombreux bénéfices en terme de mortalité générale (7) ainsi que sur de nombreuses maladies notamment le diabète de type 2, l'obésité, les maladies cardio-vasculaires, diminue le risque de cancer notamment du colon et du sein, améliore le pronostic fonctionnel des maladies respiratoires, des maladies ostéoarticulaires et neuro-dégénératives et apporte un bénéfice en terme de qualité de vie avec réduction du stress, de l'anxiété et de la dépression. La pratique de l'activité physique d'intensité modérée à élevée pourrait atténuer les effets de la sédentarité (1) (8) (9).

Sur le plan national et international, des recommandations en termes d'activité physique et de réduction de la sédentarité sont renouvelées régulièrement et des campagnes de sensibilisation sont menées. La pratique de 30 minutes d'activité

physique d'intensité modérée par jour, au moins 5 jours par semaine, chez l'adulte, est préconisée, ainsi que la pratique 2 fois par semaine d'exercice de renforcement musculaire, le temps passé assis doit être limité (3) (10) (11).

En 2017, la notion d'activité physique adaptée a été introduite par décret (12) pour encourager la pratique de l'activité physique chez les patients en affection de longue durée, permettant la prescription par les médecins de l'activité physique. Cette activité se veut encadrer par des professionnels habilités définis dans la loi. Il est noté que « la dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif ». Depuis, de nombreux programmes ont été mis en place notamment à Strasbourg (13) et Biarritz précurseurs dans le domaine puis on recense actuellement de nombreux programmes partout en France à différentes échelles locales et régionales. En 2019, 96 dispositifs ont pu être recensés par l'ONAPS (14). Le PNNS 2019-2023 intègre l'activité physique adaptée dans ses 10 mesures phares, recommande l'élargissement de l'accès aux patients sans ALD et souhaite favoriser la prescription par les médecins en mettant à disposition des outils d'appui à la prescription et d'aide à la décision médicale. Un rapport d'expertise de l'INSERM en 2019 (8) recommande l'intégration de l'activité physique dans le parcours de soin du patient avec une place importante dans la prise en charge du diabète de type 2, la dépression légère à modérée, l'obésité et l'AOMI, et souhaite que celle-ci s'intègre dans une démarche éducative, et de l'articuler si possible avec un programme d'éducation thérapeutique.

Et pourtant, il existe encore de nombreux freins émis par les médecins par manque de connaissances sur les dispositifs existants mais également les modalités de prescription et de financement (15) (16) (17) (18). Ils restent tout de même favorables à la mise en place de l'APA. Des outils (19) se mettent en place pour aider les médecins généralistes dans la prescription notamment un guide HAS rédigé en juillet 2018 (20).

Il existe aussi des freins à la pratique émis par les patients qui considèrent parfois leurs états de santé comme incompatibles avec la pratique d'une activité physique, les recommandations peuvent avoir un impact positif en valorisant la pratique mais peuvent aussi entraîner un sentiment de culpabilité. Les barrières exprimées sont

nombreuses comme le manque de temps, d'intérêt, le coût ou encore l'accès. Les motivations sont quant à elle bien présentes avec la notion de plaisir et d'amélioration de la santé. Il en résulte que l'activité physique ne peut être qu'encouragée mais de nombreux freins et barrières empêchent un bon déroulement de ces programmes (5) (21) (22) (23).

Le programme créé au sein de 4 maisons de santé de la Vienne propose aux patients une séance d'activité physique par semaine encadrée par un professionnel de l'APA habilité. Le projet construit lève quelques barrières en proposant une activité ancrée au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles permettant aux médecins d'orienter facilement le patient, un dispositif de proximité, gratuit pour les patients (financé par des subventions publiques avec participation de chaque MSP), accessible à tous sans restriction en dehors de contre-indications médicales visant la réintégration de la pratique de l'activité physique dans les habitudes de vie des patients. Il s'intègre via les infirmières ASALEE (24) (25) dans une démarche d'éducation thérapeutique.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la satisfaction des patients, soignants et éducateurs à 6 mois de ce programme d'activité physique adaptée au sein des 4 maisons de santé pluri-professionnelles. Dans un second temps, le flux des patients ainsi que leurs caractéristiques seront étudiés.

Matériel et méthodes

Type d'étude

Etude multicentrique d'évaluation d'un protocole d'APA.

Population source

La population source est l'ensemble des patients ayant participé aux groupes d'activité physique adaptée au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles des Couronneries à Poitiers, de Bignoux, de Vouneuil-sur-Vienne et des Trois Cités à Poitiers.

Mise en place du programme d'APA au sein de quatre MSP de la Vienne

Financement du programme

Le dispositif était gratuit pour les patients. Le programme est financé via le CDSA 86, par des partenaires institutionnels que sont l'ARS Poitou Charentes, la région Nouvelle Aquitaine et le CNDS. Chaque maison de santé a participé au financement à hauteur de 1953 euros (financement par subventions).

Déroulement du programme d'APA

Les patients inclus dans le groupe d'activité physique adaptée ont participé à un entretien avec l'infirmière ASALEE de leur maison de santé.
Les patients présentant des contre-indications médicales à la pratique de l'activité physique ont été exclus, dans le sens où chaque participant a dû fournir un certificat de non-contre-indication à la pratique de l'activité physique.

Lors de l'entretien avec l'infirmière ASALEE dans les maisons de santé des Couronneries et de Bignoux, les patients volontaires ont répondu à différents questionnaires. Un formulaire de consentement a été rempli par les patients pour l'utilisation des données anonymisées. Un bilan de forme est réalisé dans un second temps par l'éducateur.

Les patients participent à une session d'activité physique adaptée une fois par semaine pendant 1h30, d'octobre 2019 à juin 2020 hors période de vacances scolaires. Les séances sont animées par un éducateur formé en activité physique

adaptée (licence STAPS APA) via le CDSA. Les patients ont pu être inclus au fur et à mesure.

Evaluation de la satisfaction à 6 mois de la mise en place du dispositif

Après 6 mois de suivi, un questionnaire de satisfaction a été soumis aux patients par hétéro-questionnaire via entretien téléphonique (du 04 avril 2020 au 17 avril 2020), ainsi qu'aux soignants médicaux et paramédicaux travaillant au sein des différentes structures via le site internet : limesurvey. Un questionnaire a également été soumis aux éducateurs ayant encadrés les séances via le site internet limesurvey.

Ces questionnaires se sont composés de questions fermées et ouvertes et sont présentées en annexe tels que visible sur le site internet. Les questions soumises aux patients ont été formulées sous forme interrogative. Ils sont présentés dans les annexes 2 à 4.

Analyse de l'adhésion des patients au dispositif

L'adhésion des patients au dispositif a été étudié en analysant le flux des patients entrants et sortants à partir des feuilles de présence remplies par les éducateurs ainsi qu'avec l'aide des données connues par les infirmières ASALEE sur les patients sortis du dispositif et les réponses aux questionnaires.

Echelles d'évaluation utilisées pour évaluer les caractéristiques de la population

Les questionnaires utilisés sont ceux soumis par les infirmières ASALEE en début de programme et communs aux deux MSP des Couronneries et de Bignoux.

Echelle d'estime de soi de Rosenberg (Annexe 5)

Cette échelle comprend 10 items, le patient cote chaque item de 1 à 4, de : tout à fait en désaccord, plutôt en désaccord, plutôt en accord ou tout à fait en accord. L'estime de soi est classée comme ceci :

- score inférieur à 25, estime de soi très faible.
- score entre 25 et 31, estime de soi faible
- score entre 31 et 34, estime de soi moyenne.
- score compris entre 34 et 39, estime de soi forte.
- score supérieur à 39, estime de soi très forte.

Score de précarité en pratique clinique : PRECAR (Annexe 6)

Il pose 14 questions sur l'assurance maladie, le niveau d'études, les catégories socio-professionnelles, le statut professionnel, le sentiment de solitude, la situation affective, le type de ménage, le revenu, le statut financier, l'aide à la vie quotidienne, le soutien matériel et financier, le soutien affectif et moral, la situation dans le logement, l'origine migratoire. Le résultat va de 0 (absence de précarité) à 27 (précarité la plus élevée). Est considéré précaire le patient présentant un score supérieur à 10.

Questionnaire FFEPGV sur l'hygiène de vie (Annexe 7)

Le questionnaire comprend 12 questions sur l'activité physique, le comportement alimentaire, la consommation d'alcool, de tabac, le sommeil, la consommation de médicaments, les douleurs lombaires, le stress et la vie relationnelle. L'échelle s'étend de 12 à 48 points. Plus le score est haut, plus l'hygiène de vie est considérée comme bonne.

Les questions portant sur l'activité physique et la pratique du sport ont été extraites pour être analysées.

Echelle HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale (Annexe 8)

Elle permet le dépistage des troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items codés de 0 à 3, 7 items évaluant l'anxiété et 7 autres évaluant la dépression. C'est une échelle réalisable facilement, en peu de temps, en auto-questionnaire. Chaque dimension est évaluée de 0 à 21, de 0 à 7 considérée comme normale, de 8 à 10 modérée, 11 à 14 moyenne et 15 à 21 sévère.

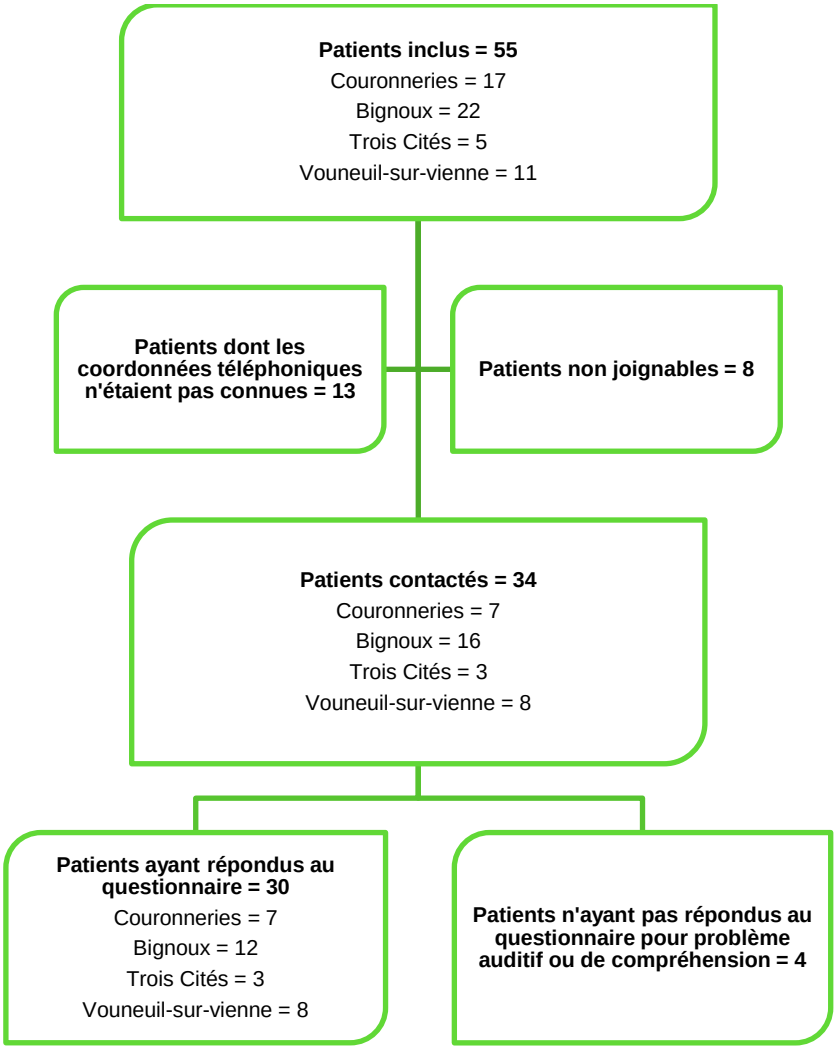
Analyse statistique

Le test de normalité de Schapiro-Wilk et le test d'égalité des variances ont été effectués (logiciel libre Jamovi 1.1.9.0). Le test de Mann-Witney U a été utilisé pour la variable anxiété et nombre de séance de sport par semaine. Le test de Welch a été utilisé pour la variable temps d'activité physique par jour. Le test de student a été utilisé pour les autres variables.

Résultats

Questionnaire soumis aux patients

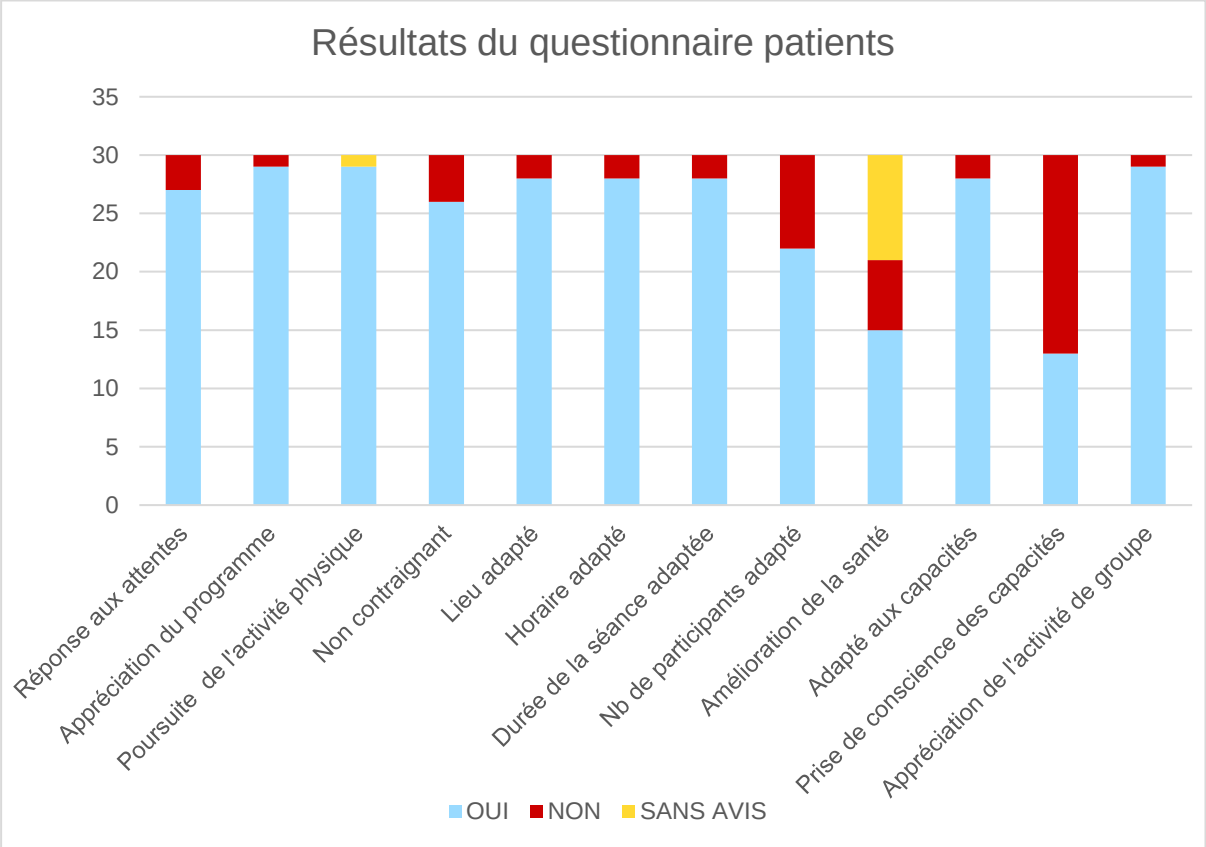
Figure n°1 : Diagramme de flux des participants au questionnaire



La répartition en termes de sexe est de 24 (80%) femmes et de 6 (20%) hommes ce qui est similaire à la répartition de l'ensemble des patients (76% - 24%). La moyenne d'âge est de 65,36 ans. 18 patients ont une pathologie déclarée en ALD, 6/12 à Bignoux, 7/7 aux Couronneries, 4/8 à Vouneuil-sur-Vienne, 1/3 aux Trois Cités.

La participation à une activité physique adaptée dans un programme antérieurement est de 4 patients au total. Sur les 3 maisons de santé qui proposaient déjà le groupe les années précédentes soit Bignoux, les Couronneries et Vouneuil-sur-Vienne, 11 avaient déjà participé sur 27.

Figure n°2 : Réponses au questionnaire patient



Les réponses à la question n°4 sur le choix de la structure pour la poursuite de l'activité physique montre que 22 patients sur 30 souhaitent poursuivre l'activité physique au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle, 8 au sein d'association, club ou salle de sport, 8 au sein de groupe d'activité physique adapté, 10 en pratiquant seul, 1 personne n'a pas su répondre. S'agissant d'une question à choix multiples, 7 personnes ont répondu seulement au sein de la MSP. Par ailleurs, seulement 5 personnes souhaitent poursuivre une activité physique autre sans pratique au sein de la MSP.

A la question n°6, concernant la modification de la pratique de l'activité physique au cours de l'année, 12 patients considèrent avoir majoré leur pratique et les 18 autres n'avoir rien modifié.

Tableau n°1 : Réponses à la question n°12 du questionnaire patient

Remarques en termes d'organisation
Trois patients ont évoqué le fait que « 2 séances par semaine » seraient bénéfiques. Une personne a proposé un « créneau pour ceux qui travaillent plus tard le soir ».
Financement
Le coût ainsi que le financement ont été évoqués par trois patients. Un d'eux dit : ce n'est pas pour le plaisir, « la gratuité, c'est bien, c'est pour la santé ». Un autre a été évoqué le fait que le financement devait être « public ». Une troisième personne parle de la gratuité en expliquant que cela peut être un frein à la participation des patients avec un manque d'investissement et des absences aux séances.
Remarques sur l'activité de groupe
Beaucoup évoque les rencontres, l'échange entre les participants, les encouragements, l'entraide, le partage. Le bien être émotionnel est souvent mentionné : « ça fait du bien au moral », « on rigole », « ça donne un but », « bulle de la semaine », « bien être psychologique », « ça donne de l'entrain ». Une patiente dit : « pendant les vacances, quand il n'y a pas de cours, on se retrouve quand même et on marche ensemble ». Le manque d'assiduité des participants a été évoqué par un patient. Le nombre trop faible de participants dans le groupe a été évoqué par 8 participants. La diversité des pathologies a été évoquée par trois personnes : une de manière plutôt positive avec un « travail de groupe stimulant » et une « entraide ». Une personne évoque une « sensibilité » face à la maladie des autres et la confrontation à ses « peurs ». Une dernière évoque être « plus à l'aise avec des personnes » atteintes de la même maladie sans regard des autres, la « diversité des pathologies » semble être un facteur « plutôt bloquant ».
Exercices
La plupart sont satisfaits des exercices proposés et les qualifient de « diversifiés » et « adaptés ». Un patient n'a pas trouvé les exercices assez « individualisé ». Un autre souhaiterait une « amélioration des équipements ». Le bilan de forme a été évoqué par un patient : « les tests, c'est bien ».
Autres remarques
Une personne ayant déjà participé au programme l'année précédente a parlé d'un entretien en fin de suivi « pour évoquer des activités autres qui pourraient être

proposées », ce qui lui avait été proposé l'année dernière mais jamais réalisé. Un autre patient évoque la « surveillance médicale » en disant « pas trop ».
Une patiente dit : « on est 3 du même immeuble ». Un autre dit : on fait des « rencontres de proximité ».

Questionnaire soumis aux soignants

Cinq infirmières ASALEE ont répondu au questionnaire. Il s'agit de 5 femmes âgées de 35 à 52 ans. Deux travaillent aux Couronneries, deux à Vouneuil-sur-Vienne et une aux Trois Cités. Toutes ont adressé au moins un patient vers le groupe d'activité physique.

Aux questions n°I, II et III concernant l'intérêt de l'activité physique et le maintien du programme, toutes ont répondus être « Tout à fait d'accord ». Aux questions n°IV et IX portant sur la pluri-disciplinarité, 2/5 ont répondu « D'accord » et 3/5 « Tout à fait d'accord ». Les commentaires à la question n°IX sont : « rencontre en début, milieu et fin d'année », « rencontre en milieu et fin de parcours pour faire un bilan sur la progression des patients mais aussi sur l'organisation globale », « en milieu de suivi pour faire le bilan de l'évolution et éventuellement poser de nouveaux objectifs ou réajuster l'accompagnement ».

Elles sont « D'accord » (1/5) et « Tout à fait d'accord » (4/5) pour l'ouverture à plus de patients ainsi que pour l'envoi du bilan de forme et la réalisation d'un entretien de fin de suivi. Cela favoriserait l'orientation dans le programme selon elles (2/5 ayant répondus « D'accord » et 3/5 « Tout à fait d'accord » (question n°VIII).

Les réponses à la dernière question sont : « un coût financier restant acceptable pour les MSP », « améliorer la communication autour de ce programme entre les différents intervenants pour que les médecins perçoivent concrètement le bénéfice apporté aux patients ».

Questionnaire soumis aux éducateurs

Deux éducateurs ont répondu au questionnaire, il s'agit de deux hommes âgés de 24 et 31 ans. Le premier a encadré les séances au sein des MSP des Couronneries, des Trois cités et de Vouneuil-sur-Vienne, le second celle de Bignoux.

Aux questions n°I et II portant sur l'intégration au fur et à mesure des patients et leur disparité, ils ont répondus « Pas d'accord ». A la question n°III, sur l'amélioration de la santé, ils ont répondus « Tout à fait d'accord ».

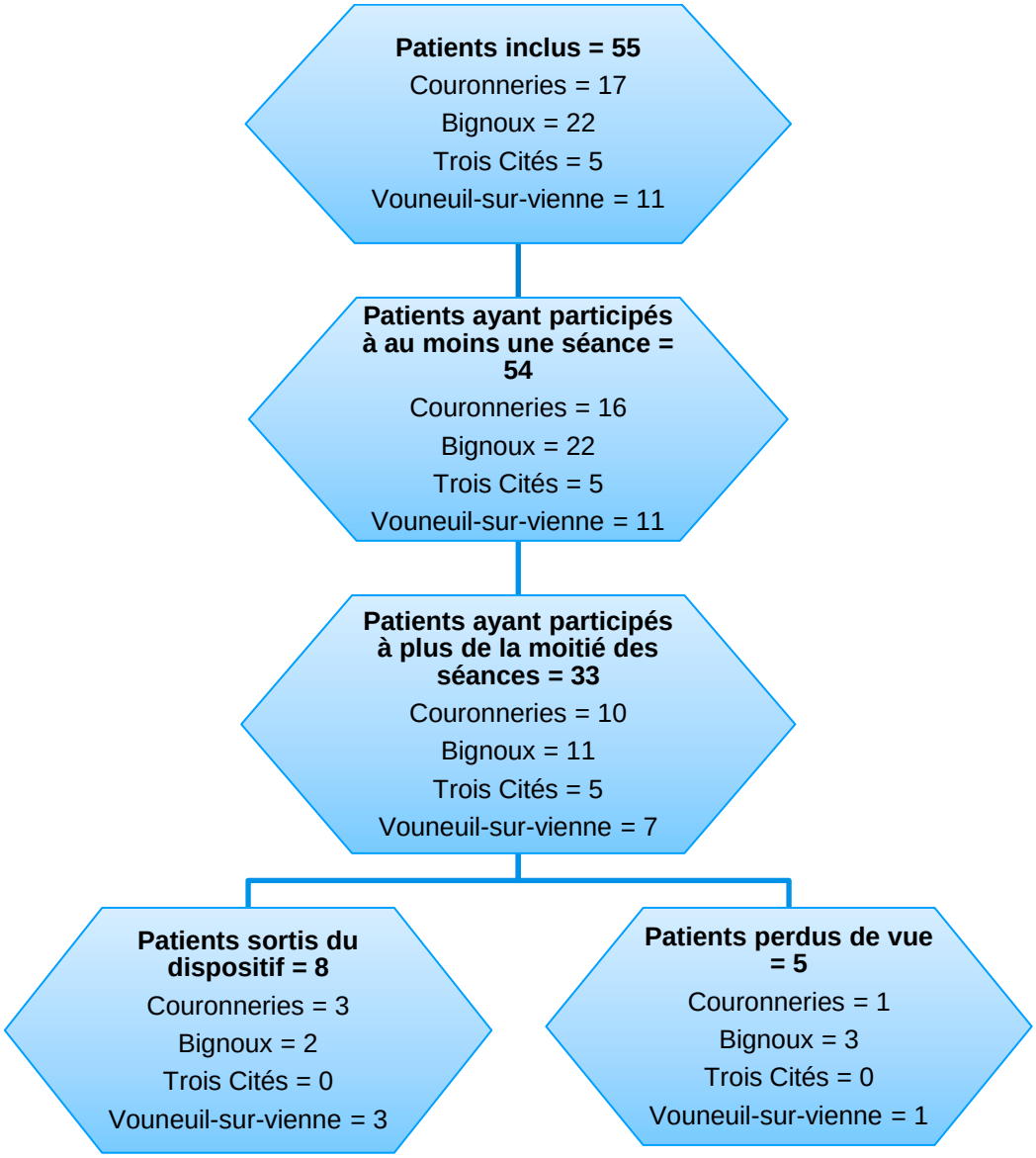
Concernant le travail en coordination (questions IV et V), l'un a répondu « D'accord » et le second « Tout à fait d'accord ». Pour la question portant sur le suivi (n°V), les commentaires libres sont : « tous les 3 mois » pour l'un et « 3 rencontres me paraissent judicieuses pour la bonne tenue du projet, en début, milieu et fin de cycle ».

Leurs avis sur la capacité des patients à intégrer un autre programme (question VI) sont divergents avec ces deux réponses : « Pas d'accord » et « D'accord ».

A la dernière question, les propositions pour permettre la pérennisation du programme sont les suivantes : réalisation d'un « entretien téléphonique » pour le premier et « faire des groupes de « niveau » en termes d'objectif, et mettre en place des « créneaux en fin de journée pour les personnes qui travaillent ».

Flux des patients

Figure n°3 : Diagramme de flux des patients inclus dans le programme



Peu de patients sont sortis du dispositif, trois patients sont sortis pour passer à une autre activité (2 en association/club ; 1 en APA), deux pour déménagement, un par découragement à la suite du changement d'éducateur, un pour problème de santé et le dernier pour désir d'arrêt. Cinq patients sont perdus de vue, ont été considérés comme perdus de vue les patients n'ayant participé à aucune séance depuis plus de 2 mois et dont aucune donnée n'est disponible.

Caractéristiques de la population

Tableau n°2 : Résultats : échelle d'estime de soi, score PRECAR, score HAD, score d'hygiène de vie FFEPGV, moyenne d'âge en fonction du sexe dans chaque MSP

Variables	Groupe	N	Moyenne	Ecart-type	*p*
Score d'estime de soi	Couronneries	11	31.55	5.592	0.569
	Bignoux	15	32.67	4.32	
Score de précarité	Couronneries	11	9.18	4.285	0.318
	Bignoux	13	7.46	3.95	
Score d'anxiété et de dépression	Couronneries	11	10.91	5.486	0.480
	Bignoux	17	12.12	3.48	
Score d'anxiété	Couronneries	11	6.73	3.901	0.072*
	Bignoux	17	4.18	1.63	
Score de dépression	Couronneries	11	4.18	3.250	0.003
	Bignoux	17	7.94	2.86	
Score d'hygiène de vie	Couronneries	11	38.36	3.722	0.519
	Bignoux	15	39.20	2.81	
Temps de pratique d'activité physique	Couronneries	11	29.55	13.314	0.539**
	Bignoux	17	25.59	19.44	
Nombre de séance de sport par semaine	Couronneries	11	1.82	0.982	0.092*
	Bignoux	17	1.18	1.13	
Age des patients	Homme	13	69.9	12.4	0.207
	Femme	37	64.2	14.2	
Age des patients aux Couronneries	Homme	8	64.1	9.9	0.674
	Femme	7	62	9.2	
Age des patients à Bignoux	Homme	5	79.2	10.8	0.140
	Femme	16	67.6	15.6	
Age des patients à Vouneuil-sur-Vienne	Homme	0			
	Femme	9	60.4	12.6	
Age des patients aux Trois Cités	Homme	0			
	Femme	5	63.6	14.2	

* Mann-Whitney ; ** Welch

Discussion

Conclusion

L'objectif principal était d'évaluer la satisfaction des patients vis-à-vis du programme et on constate que la majorité d'entre eux sont satisfaits et souhaiteraient poursuivre l'activité au sein de la maison de santé. Le flux des patients montre également un investissement important avec une assiduité aux séances. Peu d'entre eux sont sortis du dispositif pour s'orienter vers une autre activité. Concernant la satisfaction des éducateurs, il semblerait que la disparité des patients ne leur pose pas de problème. Leurs avis sont par ailleurs discordants concernant la capacité des patients à intégrer un autre type de structure de pratique de l'activité physique. Quant à celle des soignants, seules les infirmières ASALEE ont répondu au questionnaire proposé, un suivi plus régulier au cours de l'année, semble souhaitable.

Limites de l'étude, les différents biais

Les biais identifiés sont tout d'abord un biais de sélection concernant les patients ayant été inclus dans le programme, on peut supposer que volontaires, ils étaient déjà motivés à participer et donc ont été assidus. Ce biais semble difficilement contournable. Il existe un biais d'évaluation lié à l'hétéro-questionnaire, les patients interrogés ont potentiellement eu tendance à répondre plus positivement. Aucun patient contacté n'a refusé de répondre. Un biais d'information est présent par non-réalisation des questionnaires d'hygiène de vie, d'estime de soi, de précarité et d'anxiété-dépression dans les MSP de Vouneuil-sur-vienne et des Trois Cités.

Concernant les caractéristiques de la population, on constate des populations semblant similaires avec une différence significative seulement sur le score de dépression mais il semblerait qu'il existe des différences entre les deux maisons de santé avec une population plus précaire et plus jeune avec des ALD aux Couronneries et une population plus âgée à Bignoux. Ces deux populations constituent les populations les plus à même de ne pas pratiquer d'activité physique comme souligné en introduction et sont donc une population cible à privilégier.

L'étude a pu être réalisée dans 4 MSP, réunissant un total de 55 patients pris en charge dans le programme, ce qui reste un nombre limité et ne permet pas de conclusion. Cette population n'est pas représentative de la population générale avec 42 femmes et 13 hommes. En revanche, elle concerne la population la plus à risque de maladie chronique avec une moyenne d'âge de 65,72 ans. On remarque également une disparité entre les différents groupes, le plus petit incluant seulement 5 patients aux Trois cités et le plus important celui de Bignoux avec 22 patients inclus, ce qui suggère des prises en charge différentes. Les réponses aux questions sont probablement altérées suivant le groupe dans lequel le patient était inclus. On constate également que la participation aux séances est différente selon le groupe avec 100% des patients ayant participé à plus de 50% des séances aux Trois cités, 63% à Vouneuil-sur-vienne, 58% aux Couronneries et 50% à Bignoux. D'après ces données, on peut supposer que le nombre de participants ait un impact sur l'adhésion au dispositif.

Une des faiblesses majeures de l'étude est la période à laquelle celle-ci a été réalisée, pour maintenir la soumission du questionnaire à 6 mois, celui-ci a été posé par téléphone en période de confinement de la population, la projection dans le futur étant fortement altérée par cette situation. La question portant sur la projection dans l'activité physique a été posée en projetant les patients dans l'année scolaire prochaine soit à partir de septembre 2020.

L'autre faiblesse majeure de l'étude est la non-participation des médecins exerçant au sein des quatre MSP au questionnaire, deux relances par mail ont été faites, seul un médecin a répondu et son questionnaire a été exclu. La période de confinement étant une période particulière pour les professionnels de santé, il est difficile de déterminer les raisons de l'échec de soumission des questionnaires. Il semble tout de même intéressant de travailler sur l'intégration des médecins à ce projet. En perspective, une présentation de l'activité physique adaptée au sein des maisons de santé avec formation à la prescription ou simplement l'apport d'informations semblerait bénéfique. L'INSERM, dans son rapport de 2019, préconise la formation des médecins. Les offres de formation actuelle sont le développement de formation en ligne type MOOC (26), l'intégration dans la formation des étudiants en médecine au sein du programme de l'ECN (27), le développement d'un guide par l'HAS (20). Une étude canadienne (28) a

montré qu'une formation d'une journée pouvait augmenter de 20 à 74% la prescription d'une activité physique chez les médecins généralistes. Une étude a montré que l'activité physique pouvait également être présentée comme l'arrêt du tabac telle un conseil minimal en posant deux questions simples (29) : « combien de jours par semaine pratiquez-vous une activité physique modérée à intense ? » et « ces jours-là, combien de minutes pratiquez-vous cette activité à ce niveau ? ». Cela permet au médecin d'identifier les patients inactifs. Une revue publiée dans le JAMA pour les praticiens de soin primaire évoque les barrières des médecins et patient, le principe de poser simplement la question aux patients et de coordination des soins pour lever le manque de temps en consultation (18).

Comparaison avec la littérature

Il n'existe pas d'étude ou de thèse réalisées sur l'évaluation d'un programme d'activité physique au sein de maison de santé. Mais le rapport de l'ORS (30) sur le dispositif Prescrimouv permet une comparaison, la population semble comparable avec une majorité de femme et plus de 50% des patients ayant plus de 60 ans. Les patients ont exprimé que la pratique de l'activité physique leur a apporté un mieux-être physique (85%), ce qui est moins notable dans mon étude avec seulement 50% de réponses positives, mais aussi mental (76%), a permis de rompre l'isolement (58%), de rencontrer des gens (78%). Ceci n'a pas été étudié au travers de mes questions mais semble ressortir des réponses ouvertes à la question n°12. Les leviers à l'engagement ressortant de ce rapport sont : la pratique de groupe, la diversité des pratiques, la pratique en dehors du domicile, l'encadrement, la prescription, les contacts avec les coordonnateurs, les tests physiques. La pratique de groupe a été également très appréciée dans mon étude avec plus de 90% de patients ayant apprécié. Les principales difficultés exprimées sont l'adaptation aux créneaux horaires, la pratique en elle-même, les déplacements, les moyens matériels et le coût. Ces difficultés sont limitées par la proposition d'un programme de proximité, gratuit. Seul le problème des horaires a été évoqué par certains patients, exerçant une activité professionnelle. Ils sont également une majorité à souhaiter poursuivre une activité physique à la fin du cycle. Les raisons évoquées pour les autres sont l'absence de structure de proximité, le prix, le manque de motivation, l'impression de ne pas être capable. La question

aurait pu être posée dans mon étude pour le désir de poursuivre au sein de la MSP, à savoir pourquoi ce choix.

On peut également comparer cette étude au dispositif strasbourgeois (31). La notion de dispositif « tremplin », temporaire, était évoqué, mais l'autonomie des patients semblait difficile. L'aspect financier mais également l'attachement des patients à la structure d'accueil et aux éducateurs était déterminante dans le choix de poursuivre au sein de la structure.

Questionnaires soumis

30 des 55 patients participants ont répondu au questionnaire avec une proportion équitable dans les quatre maisons de santé. Les questionnaires ont été construits spécifiquement pour le besoin de l'étude du fait de l'absence de questionnaire existant dans ce domaine et ne se sont appuyés sur aucun test validé. Seul leur compréhension, par soumission à un panel de personnes lambda, a été étudié. Le questionnaire patient a été formulé sous forme interrogative par téléphone pour favoriser sa compréhension. Après analyse des résultats du questionnaire patients, les questions concernant les attentes, l'appréciation et la contrainte sont nécessaires au questionnaire et sont interprétables si l'ensemble des participants réponds au questionnaire y compris les perdus de vue et ceux sortis du dispositif. Un commentaire en cas de réponse négative aurait pu être demandé pour justifier leur réponse. Concernant la poursuite de l'activité physique et le type de structure choisi, il aurait également été intéressant de demander les raisons du choix de tel type de structure. Il semblerait pertinent de faire la distinction entre amélioration de la santé physique et perception d'un bénéfice sur le bien être psychologique. Le financement a été évoqué par peu de patients en commentaire libre, le principe d'une participation financière aurait pu faire l'objet d'une question.

Le questionnaire soignant était destiné aux médecins exerçant dans les différentes maisons de santé ainsi qu'aux infirmières ASALEE ayant participés au dispositif. Les premières questions ont été posées dans le but de déterminer si l'ensemble de ses soignants était favorable à la mise en place du dispositif car conscient de l'impact de l'activité physique sur la santé et souhaitait donc le maintien du programme. Seules

les infirmières ont répondu, elles étaient très impliquées dans le dispositif et les réponses le montrent. Concernant l'ouverture à plus de patients, elle semble ambigu dans sa formulation, et peut être comprise de différente manière, en termes de nombre de participants ou de diversité des pathologies.

Le questionnaire éducateur cherchait à évaluer différents aspects du programme tout d'abord la prise en charge du patient. L'intégration au fur et à mesure ainsi que la disparité des patients étaient évoqué pour vérifier que les modalités d'intégration du groupe n'était pas un frein pour les éducateurs. La réponse à l'intégration des patients dans un autre type de programme montre une disparité entre les deux éducateurs, celle-ci aurait pu éventuellement s'accompagner de la question sur l'entretien de fin de suivi qui permettrait d'individualiser le projet futur. En ce qui concerne la coordination entre les différents intervenants dans les deux questionnaires, un commentaire sur l'apport de cette démarche aurait pu être demandé. Enfin, à propos de l'entretien de fin de suivi, il aurait pu être évoqué avec les éducateurs la possibilité qu'ils réalisent cet entretien.

Les patients des deux maisons de santé de Bignoux et des Couronneries ont été soumis aux mêmes questionnaires concernant l'estime de soi, l'anxiété et la dépression, l'hygiène de vie et la précarité, ce qui permet une comparaison des résultats et un panel de 28 patients répondants sur 39. Il aurait été souhaitable que les quatre maisons de santé soumettent les différents questionnaires.

Le questionnaire utilisé pour mesurer l'hygiène de vie explore différents domaines de la vie. Il est discutable sur plusieurs points. Pour évaluer l'activité physique, aucun détail n'est demandé sur l'intensité de l'activité physique pratiquée. La prise de 3-4 repas par jour est considérée comme critère de bonne hygiène de vie, le mal de dos est intégré comme item au même titre que la prise de médicaments, une question plus générale sur les douleurs sembleraient plus adaptée. Il est difficile de déterminer à partir de quel chiffre l'hygiène de vie est considérée comme bonne. Il permet tout de même, s'il est réalisé à différent moment du suivi, une comparaison des résultats. Ce questionnaire pourrait être remplacé par un questionnaire de qualité de vie telle que le SF-36, questionnaire validé et utilisé dans des études sur l'activité physique. De même, aucune question sur la sédentarité n'est posée, il serait souhaitable d'introduire

un questionnaire validé pour évaluer la sédentarité. L'utilisation de questionnaire comme l'IPAQ serait intéressante.

Le questionnaire d'estime de soi est un questionnaire de référence. Les réponses sont dispersées avec une prédominance de réponse classant en estime de soi moyenne et forte. Ce résultat montre que la population étudiée a plutôt confiance en elle ce qui peut expliquer l'investissement.

On constate également qu'il s'agit dans l'ensemble d'une population qui pratique déjà une activité physique ou pour laquelle l'activité physique est proche des recommandations. Concernant les scores d'estime de soi et d'anxiété-dépression, pour la majorité des patients les scores sont plutôt dans la norme. Mais il semblerait intéressant de réévaluer ces scores en début et fin de suivi. Il semblerait tout de même qu'au vu des réponses à la dernière question, que la pratique de l'activité physique procure un bien être psychologique et permet une mise en relation avec les autres.

Le score PRECAR est un score facilement utilisable en pratique pour évaluer la précarité. Elle est multi-dimensionnelle, ce score pose 14 questions pour l'évaluer. Il était intéressant de poser ce questionnaire, les populations les plus précaires pratiquant moins d'activité physique que le reste de la population.

Perspectives

Le programme proposé est un programme de proximité avec un encadrement par les infirmières ASALEE, l'objectif étant une réintégration progressive dans l'activité physique. Il convient d'accompagner le patient dans sa démarche de reprise de l'activité en lui proposant une activité adaptée tout en permettant à un plus grand nombre l'accès au programme. Le nombre de places étant limité, il est nécessaire de cibler les patients nécessitant cette prise en charge.

Il semblerait pertinent d'essayer d'inclure des patients sédentaires et inactifs n'atteignant pas les recommandations pour lesquels la pratique d'une activité physique aurait des bénéfices sur la santé plus importants. Le développement d'un outil à utiliser pendant le premier entretien permettrait de distinguer les patients qui nécessitent une

prise en charge dans le programme et ceux qui pourraient être orienter directement vers un autre type d'activité physique que ce soit par le biais de l'activité physique adaptée ou en club ou association sportive tout en respectant les souhaits des patients. La motivation, le niveau d'activité physique, les capacités physiques, l'autonomie seraient des paramètres à évaluer.

Il a été évoqué au travers des questionnaires soignants et éducateurs la coopération entre les différents intervenants et tous étaient favorables à la mise en place de réunions de suivi au cours de la prise en charge des patients. Celles-ci permettraient d'identifier les patients perdus de vue notamment, un contact pourrait être repris à ce moment-là pour connaître le motif de sortie et éventuellement les réintégrer ou les orienter vers une activité, ou ceux pouvant potentiellement intégrer un autre dispositif d'activité physique s'ils le souhaitent. Un point sur l'évolution de chaque patient pourrait être fait et communiqué au médecin le prenant en charge.

L'entretien de fin de suivi, serait un temps pour évaluer l'évolution du patient, discuter du projet de poursuite de l'activité physique. Il permettrait d'orienter le patient vers un dispositif d'activité physique qui lui est adapté, soit en lui proposant la poursuite au sein de la MSP ou en l'orientant vers des dispositifs locaux d'APA tels que Sport-santé 86, ou vers des associations. Pour cela, la mise en relation avec les acteurs locaux est primordiale. La création d'un annuaire référençant toutes les propositions d'activité physique adaptée sur le plan local aiderait les différents acteurs, médecins et IDE ASALEE, à orienter les patients.

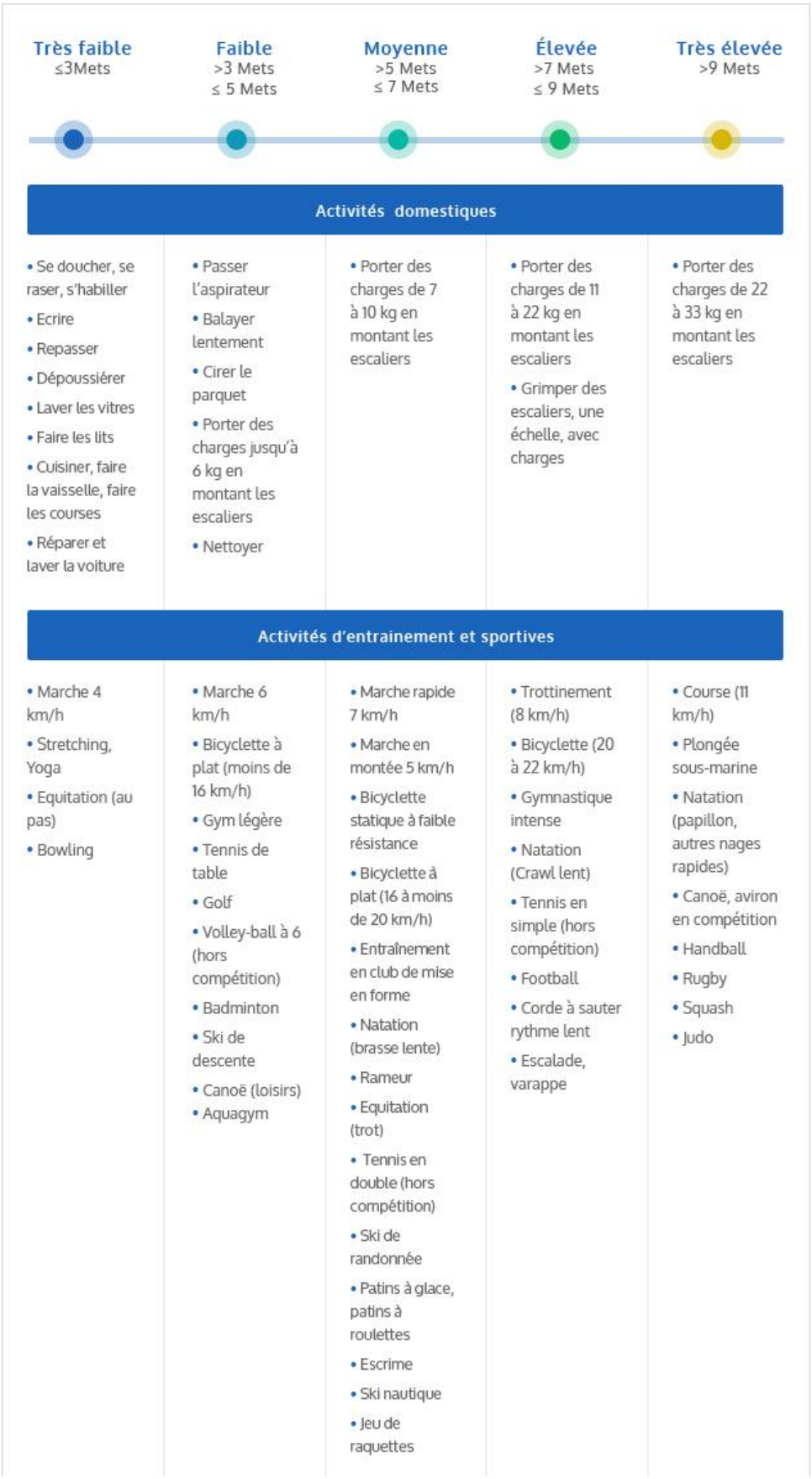
Le suivi à long terme des patients est un élément étudié dans les protocoles mis en place pour connaître l'impact des programmes d'activité physique sur la poursuite de celle-ci après la fin du suivi (32) (33). L'évaluation à un an après l'arrêt du programme par un entretien pour connaître l'évolution en termes de pratique d'activités physiques et également soumettre de nouveau les questionnaires serait pertinente.

L'amélioration de la santé des patients a été évoqué dans chacun des 3 questionnaires, les soignants et éducateurs répondant favorablement à cette question et les patients seulement à 50%. La soumission de questionnaires à l'intégration du programme et à la sortie au sein des quatre maisons de santé permettrait de comparer

les résultats et de montrer l'impact du programme sur la santé. Des mesures de paramètres physiques avec réalisation de bilan de forme standardisé mais aussi l'utilisation de questionnaires validés évaluant la perception du bien-être (psychologique, fortement évoqué par les patients), la motivation, la qualité de vie, ou encore la prise médicamenteuse permettraient une étude globale de l'impact sur la santé. Prouver un impact bénéfique sur la santé encouragerait les institutions publiques à maintenir les subventions allouées à l'activité physique adaptée, le financement étant une des clés de la pérennisation de ce type de programme.

De nombreuses perspectives d'amélioration existent, le développement de ce type de projet dans d'autres maisons de santé en est une.

ANNEXE 1


Très faible
≤3Mets
Faible
>3 Mets
≤ 5 Mets
Moyenne
>5 Mets
≤ 7 Mets
Élevée
>7 Mets
≤ 9 Mets
Très élevée
>9 Mets
Activités domestiques
• Se doucher, se raser, s'habiller
• Ecrire
• Repasser
• Dépoussiérer
• Laver les vitres
• Faire les lits
• Cuisiner, faire la vaisselle, faire les courses
• Réparer et laver la voiture
• Passer l'aspirateur
• Balayer lentement
• Cirer le parquet
• Porter des charges jusqu'à 6 kg en montant les escaliers
• Nettoyer
• Porter des charges de 7 à 10 kg en montant les escaliers
• Porter des charges de 11 à 22 kg en montant les escaliers
• Grimper des escaliers, une échelle, avec charges
• Porter des charges de 22 à 33 kg en montant les escaliers
Activités d'entrainement et sportives
• Marche 4 km/h
• Stretching, Yoga
• Equitation (au pas)
• Bowling
• Marche 6 km/h
• Bicyclette à plat (moins de 16 km/h)
• Gym légère
• Tennis de table
• Golf
• Volley-ball à 6 (hors compétition)
• Badminton
• Ski de descente
• Canoë (loisirs)
• Aquagym
• Marche rapide 7 km/h
• Marche en montée 5 km/h
• Bicyclette statique à faible résistance
• Bicyclette à plat (16 à moins de 20 km/h)
• Entraînement en club de mise en forme
• Natation (brasse lente)
• Rameur
• Equitation (trot)
• Tennis en double (hors compétition)
• Ski de randonnée
• Patins à glace, patins à roulettes
• Escrime
• Ski nautique
• Jeu de raquettes
• Trottinement (8 km/h)
• Bicyclette (20 à 22 km/h)
• Gymnastique intense
• Natation (Crawl lent)
• Tennis en simple (hors compétition)
• Football
• Corde à sauter rythme lent
• Escalade, varappe
• Course (11 km/h)
• Plongée sous-marine
• Natation (papillon, autres nages rapides)
• Canoë, aviron en compétition
• Handball
• Rugby
• Squash
• Judo

Activités de loisirs				
• Jardinage léger : tonte de gazon sur tracteur, ramassage de fruits et légumes • Bricolage : menuiserie, peinture intérieure • Conduite automobile • Billard • Croquet • Voyages, tourismes • Piano • Frappe machine • Jeux avec des enfants (effort léger), • Porter de jeunes enfants • Jeux avec des animaux • Jeux avec des animaux (effort léger) • Danse de société à rythme modéré • Activité sexuelle	• Jardinage : -Taille d'arbuste -Semailles -Ratissage de pelouse -Bêchage en terre légère -Désherber, cultiver son jardin -Usage d'une tondeuse autotractée • Pêcher à la ligne • Chasser • Marcher, courir avec des enfants	• Jardinage : -Usage d'une tondeuse manuelle à plat -Conduite d'un petit motoculteur -Pelletage de neige • Bricolage : -Scier du bois • Danse à rythme rapide	• Bricolage : -Port de briques -Travaux de menuiserie lourde -Déménagement	

ANNEXE 2

Questions d'identification

Ces quelques questions sont posées à titre indicatif et **anonyme** pour connaître les caractéristiques des patients ayant participés aux groupes d'activité physique adaptée.

Vous êtes : *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Un homme
- ◯ Une femme

Quel âge avez vous ? (Réponse en années) *

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.
Veuillez écrire votre réponse ici :

Vous avez une maladie pour laquelle vous avez une affection de longue durée (ALD) ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Ne sais pas

Vous avez participé au programme d'activité physique adaptée au sein de la maison de santé de : *

Cochez la ou les réponses
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Bignoux
- ☐ Couronneries à Poitiers
- ☐ Trois Cités à Poitiers
- ☐ Vouneuil sur Vienne

Avez-vous déjà participé à un groupe d'activité physique adaptée avant celui-ci ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

S'il existait déjà, avez-vous déjà participé au groupe d'activité physique adaptée l'année dernière ou les années précédentes ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Non concerné

Programme

Le programme d'activité physique adaptée a répondu à mes attentes. *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

J'ai apprécié participer à ce programme. *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

Je pense poursuivre une activité physique après la fin du groupe d'activité physique adaptée. *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

Vous avez répondu à la question précédente par "d'accord ou tout à fait d'accord", quelle structure allez-vous choisir pour continuer ?

Plusieurs réponses sont possibles. *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ En club ou association sportive
- ☐ Seul(e) à la maison
- ☐ En groupe d'activité physique adaptée
- ☐ Au sein de la maison de santé si possible
- ☐ Je ne pense pas poursuivre une activité physique

Participer au programme n'a pas été une contrainte. *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

En dehors du groupe d'activité physique adaptée, j'ai modifié ma pratique du sport/activité physique cette année. *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ J'ai diminué
- ☐ Je n'ai rien modifié
- ☐ J'ai majoré

L'organisation était adaptée/satisfaisante. *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Lieu	Horaires	Durée de la séance	Nombre de participants
Oui	◯	◯	◯	◯
Non	◯	◯	◯	◯
Indifférent	◯	◯	◯	◯

Je pense que ce programme a permis une amélioration de ma santé. *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

◯ Oui
◯ Non

Le programme était adapté à mes capacités. *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

◯ Oui
◯ Non

Ce programme m'a permis de me rendre compte de mes capacités physiques. *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

◯ Oui
◯ Non

J'ai apprécié participer à une activité en groupe. *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

◯ Oui
◯ Non

Fin du questionnaire

Avez vous des remarques sur les questions précédentes ?

Avez-vous des propositions pour permettre la pérennisation du groupe d'activité physique adaptée ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Je vous remercie pour vos réponses.

Envoyer votre questionnaire.
Merci d'avoir complété ce questionnaire.

ANNEXE 3

Evaluation à 6 mois d'un programme d'activité physique adapté : questionnaires soignants

Je suis interne en médecine générale, je rédige une thèse sur l'activité physique adaptée. Un groupe d'activité physique a été mis en place au sein de la maison de santé dans laquelle vous travaillez.

Je souhaite faire une évaluation de ce programme. Je vous remercie d'avoir accepté de répondre au questionnaire.

Celui-ci se compose d'affirmations et de quelques questions pour évaluer votre satisfaction.

Merci de ne répondre qu'une seule fois au questionnaire.

Il y a 15 questions dans ce questionnaire.

Questions d'identification

Ces quelques questions sont posées à titre indicatif et anonyme pour connaître les caractéristiques des répondants.

Vous êtes : *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Un homme
- ◯ Une femme

Quel âge avez vous ? (Réponse en années) *

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.
Veuillez écrire votre réponse ici :

Vous travaillez au sein de la maison de santé de(s) : *

Cochez la ou les réponses
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Bignoux
- ☐ Couronneries à Poitiers
- ☐ Trois Cités à Poitiers
- ☐ Vouneuil sur Vienne

Vous êtes : *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Médecin
- ◯ Infirmier/Infirmière ASALEE

Programme

Avez-vous adressé un patient vers le groupe d'activité physique adaptée ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

Je pense que l'activité physique doit être encouragée. *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Pas du tout d'accord
- ◯ Pas d'accord
- ◯ Indifférent
- ◯ D'accord
- ◯ Tout à fait d'accord

Je pense que le programme améliore la santé des patients. *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Pas du tout d'accord
- ◯ Pas d'accord
- ◯ Indifférent
- ◯ D'accord
- ◯ Tout à fait d'accord

Je pense que le programme doit être maintenu.
*

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Pas du tout d'accord
- ◯ Pas d'accord
- ◯ Indifférent
- ◯ D'accord
- ◯ Tout à fait d'accord

Je pense que l'intégration des différents intervenants permet une prise en charge globale des patients.
*

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Pas du tout d'accord
- ◯ Pas d'accord
- ◯ Indifférent
- ◯ D'accord
- ◯ Tout à fait d'accord

Je pense que ce programme devrait être ouvert à plus de patients.
*

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Pas du tout d'accord
- ◯ Pas d'accord
- ◯ Indifférent
- ◯ D'accord
- ◯ Tout à fait d'accord

Il serait utile que les bilans de forme physique me soient envoyés par courrier ou par mail.

*

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Pas du tout d'accord
- ◯ Pas d'accord
- ◯ Indifférent
- ◯ D'accord
- ◯ Tout à fait d'accord

Je pense qu'il serait utile qu'un entretien avec chaque patient soit réalisé à la fin du suivi par l'infirmier-ère ASALEE ou le médecin.

*

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Pas du tout d'accord
- ◯ Pas d'accord
- ◯ Indifférent
- ◯ D'accord
- ◯ Tout à fait d'accord

Suite aux questions précédentes sur les bilans de forme et entretien de fin de suivi, cela favoriserait le fait d'orienter de nouveaux patients vers le groupe d'activité physique adaptée.

*

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Pas du tout d'accord
- ◯ Pas d'accord
- ◯ Indifférent
- ◯ D'accord
- ◯ Tout à fait d'accord

Il serait nécessaire d'organiser une rencontre entre les différents acteurs de l'activité physique adaptée au cours du suivi (médecin, IDE ASALEE, éducateur).

Si d'accord ou tout à fait d'accord, à quel moment du suivi ? (précisez dans la case prévue)

*

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Pas du tout d'accord
- ◯ Pas d'accord
- ◯ Indifférent
- ◯ D'accord
- ◯ Tout à fait d'accord

Faites le commentaire de votre choix ici :

Fin du questionnaire

Avez vous des propositions pour permettre la pérennisation du programme d'activité physique ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

En vous remerciant pour votre participation.

Envoyer votre questionnaire.
Merci d'avoir complété ce questionnaire.

ANNEXE 4

Evaluation à 6 mois d'un programme d'activité physique adaptée : questionnaire éducateurs

Je suis interne en médecine générale, je rédige une thèse sur l'activité physique adaptée. Un groupe d'activité physique a été mis en place via le CDSA au sein de 4 maisons de santé dans la Vienne. Vous avez été acteur en tant qu'éducateur et votre avis m'intéresse.

Je vous remercie d'avoir accepté de répondre au questionnaire.

Celui-ci se compose d'affirmations et de quelques questions pour évaluer votre satisfaction.

Merci de ne répondre qu'une seule fois au questionnaire.

Il y a 10 questions dans ce questionnaire.

Questions d'identification

Ces quelques questions sont posées à titre indicatif pour connaître les caractéristiques des patients ayant participés.

Vous êtes :

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Un homme
- ◯ Une femme

Quel âge avez vous ? (Réponse en années)

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.
Veuillez écrire votre réponse ici :

Vous avez encadré le programme d'activité physique adaptée au sein de la maison de santé de(s) : *

Cochez la ou les réponses
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Bignoux
- ☐ Couronneries à Poitiers
- ☐ Trois Cités à Poitiers
- ☐ Vouneuil sur Vienne

Programme

L'intégration des patients au fur et à mesure du programme m'a posé des difficultés.

Si vous avez répondu "d'accord ou tout à fait d'accord", indiquez les difficultés ressenties.
*

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Pas du tout d'accord
- ◯ Pas d'accord
- ◯ Indifférent
- ◯ D'accord
- ◯ Tout à fait d'accord

Faites le commentaire de votre choix ici :

La disparité des patients (niveau d'activité physique, pathologies,...) ne permet pas une prise en charge satisfaisante. *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Pas du tout d'accord
- ◯ Pas d'accord
- ◯ Indifférent
- ◯ D'accord
- ◯ Tout à fait d'accord

Je pense que ce programme améliore la santé des patients.

*

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Pas du tout d'accord
- ◯ Pas d'accord
- ◯ Indifférent
- ◯ D'accord
- ◯ Tout à fait d'accord

L'intégration des différents intervenants (médecin, infirmier-ère, éducateurs) permet une prise en charge plus globale du patient.

*

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Pas du tout d'accord
- ◯ Pas d'accord
- ◯ Indifférent
- ◯ D'accord
- ◯ Tout à fait d'accord

Il serait nécessaire d'organiser une rencontre entre les différents acteurs de l'activité physique adaptée (médecin, infirmier-ère ASALEE, éducateurs) au cours du suivi.

Si d'accord ou tout à fait d'accord, à quel moment ?

*

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Pas du tout d'accord
- ◯ Pas d'accord
- ◯ Indifférent
- ◯ D'accord
- ◯ Tout à fait d'accord

Faites le commentaire de votre choix ici :

Selon vous, les patients pourront intégrer un autre programme d'activité physique adaptée ou une activité ordinaire (en club ou association sportive,...) après la fin du programme.

*

ℹ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Pas du tout d'accord
- ◯ Pas d'accord
- ◯ Indifférent
- ◯ D'accord
- ◯ Tout à fait d'accord

Fin du questionnaire

Avez vous des propositions pour permettre la pérennisation du programme d'activité physique ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

En vous remerciant pour votre participation.

Envoyer votre questionnaire.
Merci d'avoir complété ce questionnaire.

ANNEXE 5

IRBMS
Institut Régional du Bien-être,
de la Médecine et du Sport Santé
WWW.PSYCHOLOGIEDUSPORTIF.FR
WWW.IRBMS.COM - NORD-PAS-DE-CALAIS

Rubrique : Echelle d'Evaluation

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Par Nathalie Crépin et Florence Delerue

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi. L'estime de soi est un facteur essentiel dans la performance sportive. (Voir article : « encore une erreur d'arbitrage ou comment maintenir une estime de soi positive… »
En répondant à ce test, vous pourrez ainsi obtenir une évaluation de votre estime de soi.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4

1.	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre	1-2-3-4
2.	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1-2-3-4
3.	Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté	1-2-3-4
4.	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens	1-2-3-4
5.	Je sens peu de raisons d'être fier de moi.	1-2-3-4
6.	J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.	1-2-3-4
7.	Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.	1-2-3-4
8.	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même	1-2-3-4
9.	Parfois je me sens vraiment inutile.	1-2-3-4
10.	Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.	1-2-3-4

ANNEXE 6

Score PRECAR

1 - Assurance maladie	
1 Bénéficier de la sécurité sociale et d'une complémentaire santé	**0**
2 Bénéficier de la CMU complémentaire, ou de l'Aide Médicale d'Etat	**1**
3 Bénéficier de la sécurité sociale seule, ou de la CMU seule	**2**
4 N'avoir aucune couverture maladie	**3**
2 - Niveau d'études	
1 N'avoir jamais été à l'école ou la dernière classe fréquentée était pendant l'enseignement primaire	**2**
2 La dernière classe fréquentée était pendant l'enseignement secondaire 1er cycle ou 2e cycle (de la 6ème à la terminale)	**1**
3 Avoir fait des études supérieures	**0**
3 - Catégorie socio professionnelle	
1 Fait ou avoir fait partie des cadres et professions intellectuelles supérieures	**0**
2 Fait ou avoir fait partie des professions intermédiaires, artisans, commerçants et chefs d'entreprise	**1**
3 Etre ou avoir été employé ou ouvrier	**2**
4 Etre étudiant ou sans activité professionnelle	**1**
4 - Statut professionnel	
1 Etre actif occupé	**0**
2 Etre étudiant	**0**
3 Etre chômeur	**2**
4 Etre retraité	**1**
5 Etre inactif	**1**
5 - Sentiment de solitude	
1 Très seul	**3**
2 Plutôt seul	**2**
3 Plutôt entouré	**1**
4 Très entouré	**0**
6 - Situation affective	
1 Ne pas avoir de relation amoureuse importante	**3**
2 Avoir une relation amoureuse ou sentimentale importante pour le sujet interrogé, sans pour autant qu'il se sente en couple	**2**
3 Etre en couple mais ne pas vivre avec son conjoint	**1**
4 Etre en couple et vivre avec son conjoint	**0**

7 - Type de ménage	
1 Une seule personne	**1**
2 Mononucléaire	**0**
3 Monoparental	**2**
4 « Isolé »	**1**
8 - Revenus	
1 > 910 euros	**0**
2 < 910 euros	**1**
9 - Financièrement	
1 Vous êtes à l'aise	**0**
2 Ca va	**0**
3 C'est juste, il faut faire attention	**1**
4 Vous y arrivez difficilement	**2**
10 - Aide vie quotidienne	
1 Oui	**0**
2 Non	**1**
11 - Soutien matériel/financier	
1 Oui	**0**
2 Non	**1**
12 - Soutien affectif/moral	
1 Oui	**0**
2 Non	**1**
13 - Situation dans le logement	
1 Etre propriétaire	**0**
2 Etre locataire	**1**
3 Etre hébergé	**2**
14 - Origine migratoire	
1 Etre français né de deux parents français	**0**
2 Etre français né d'au moins un parent étranger	**1**
3 Etre étranger	**2**

ANNEXE 7

3E1 - QUESTIONNAIRE FFEPGV SUR L'HYGIÈNE DE VIE

Date de passage du questionnaire : .....
Nom : .....
Prénom : .....

Consignes :
Remplissez le questionnaire. Vous choisissez la réponse qui vous semble la plus en adéquation avec votre réalité quotidienne et vous l'entourez pour chaque question.

Temps d'activité physique* en moyenne / jour		0	20 min	30 min	45 min
		●	■	▲	◆
Nombre de séances de sport* / semaine		0	1	2	3
		●	■	▲	◆
Comportement alimentaire	**Prenez-vous 3 à 4 repas / jour ?**	Jamais	Quelquefois	Souvent	Au quotidien
		●	■	▲	◆
	Vos menus sont-ils équilibrés ?	Jamais	Quelquefois	Souvent	Au quotidien
		●	■	▲	◆
	Grignotez-vous ?	Toute la journée	Plusieurs fois dans la semaine	De temps en temps	Pas du tout
		●	■	▲	◆
	Consommation d'eau / jour	1 verre	0,5 l	1 l	1,5 l
		●	■	▲	◆
Consommation d'alcool (un verre)		Tous les repas	1 fois / jour	1 à 3 fois / semaine	Pas d'alcool
		●	■	▲	◆
Consommation de cigarettes		+ de 4 / jour	1 à 4 / jour	1 à 3 / semaine	Pas du tout
		●	■	▲	◆
Combien dormez-vous par nuit ?		- de 5H	5H à 6H30	6H30 à 7H30	+ de 7H30
		●	■	▲	◆
Prenez-vous des médicaments ?		Tous les jours	Au – 1 fois / semaine	1 fois / mois	Très occasionnel
		●	■	▲	◆
Avez-vous mal au dos ?		Au quotidien	Souvent	Quelquefois	Jamais
		●	■	▲	◆
Rencontrez-vous des situations stressantes, conflictuelles ?		Au quotidien	Souvent	Quelquefois	Jamais
		●	■	▲	◆
Vous sentez vous épanoui(e) dans votre vie relationnelle ?		Jamais	Quelquefois	Souvent	Au quotidien
		●	■	▲	◆

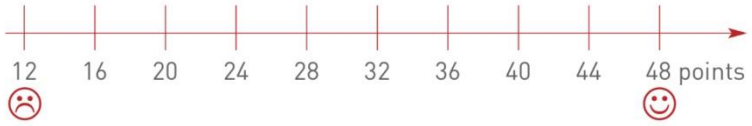
**Dans ce questionnaire, on entend par :*
- activité physique : toute activité en lien soit avec les déplacements actifs (vélo, marche, roller,..), soit avec son emploi (manutention,...), soit avec une pratique de loisir autonome.
- sport : les activités physiques pratiquées au sein d'une structure (associative, club de forme,...)

Lecture des résultats* :
Faites la somme des résultats obtenus aux 13 questions en tenant compte du barème ci-dessous.

1 point pour ● 2 points pour ■ 3 points pour ▲ 4 points pour ◆

et reportez-vous à l'échelle ci-dessous pour la lecture des résultats

Echelle de résultats



Pour interpréter les résultats et aller plus loin, consulter la **page 123 du livre « Les fondamentaux du Sport Santé : 80 outils pour mieux évaluer et accompagner vos pratiquants », (FFEPGV), Edition Amphora 2014.*

ANNEXE 8

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)
- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver
- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses
- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci
- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur
- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)
- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué
- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence
- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique
- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision
- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

© Haute Autorité de Santé – 2014

Bibliographie

1. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Maison-Alfort : ANSES; févr 2016 p. 549.

2. Manger Bouger Pro [En ligne]. Intensité et mesure de l'activité physique; [cité le 10 avr 2020]. Disponible: https://www.mangerbouger.fr/pro/sante/activite-physique-20/definitions-types-d-activite-intensite-et-mesure/intensite-et-mesure-de-l-activite-physique.html

3. Organisation mondiale de la santé. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. OMS; 2010 p. 58.

4. Larras B, Praznoczy C. Etat des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France - Mise à jour de l'édition 2017. Clermont Ferrand : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité; mai 2018 p. 32.

5. Croutte P, Müller J, Hoibian S. Baromètre national des pratiques sportives. CREDOC - Pôle évaluation et société; 2018.

6. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. The Lancet. juill 2012;380(9838):219-29.

7. Woodcock J, Franco OH, Orsini N, Roberts I. Non-vigorous physical activity and all-cause mortality: systematic review and meta-analysis of cohort studies. Int J Epidemiol. 1 févr 2011;40(1):121-38.

8. Institut national de la santé et de la recherche médicale (France). Activité physique: prévention et traitement des maladies chroniques. 2019.

9. Bazex J, Pène P, Rivière D. Les activités physiques et sportives — la santé — la société. Bull Académie Natl Médecine. oct 2012;196(7):1429-42.

10. Santé Publique France. Recommandations relatives à l'alimentation, à l'activité physique et à la sédentarité pour les adultes. SPF; janv 2019.

11. Ministère des solidarités et de la santé. Programme national nutrition santé 2019-2023. 2019 p. 94.

12. République française. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. Journal officiel. Sect. Texte n°48, n°0304 31 déc 2016.

13. Strasbourg.eu [En ligne]. Sport-santé sur ordonnance à Strasbourg; [cité le 29 avr 2020]. Disponible: https://www.strasbourg.eu/sport-sante-sur-ordonnance-strasbourg

14. Charles M, Larras B, Bigot J, Praznoczy C. L'activité physique sur prescription en France : état des lieux en 2019 - Dynamiques innovantes et essor du sport sur ordonnance. Clermont Ferrand : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, Vichy : Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Être; oct 2019 p. 84.

15. Antoine R, Ségolène T. La prescription d'activité physique adaptée pour les patients en affection de longue durée : qu'en pensent les médecins généralistes ? [Thèse de médecine]. Angers; 2018.

16. Charvieux B. Freins à la mise en place du dispositif Sport Sur Ordonnance en Haute-Savoie Regard croisé entre médecins généralistes et enseignants en activité physique adaptée [Thèse de médecine]. Lyon 1; 2019.

17. Pellegrin N. Aide à la prescription d'activité physique : enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin [Thèse de médecine]. Lille 2; 2014.

18. AuYoung M, Linke SE, Pagoto S, Buman MP, Craft LL, Richardson CR, et al. Integrating Physical Activity in Primary Care Practice. Am J Med. oct 2016;129(10):1022-9.

19. Comité national olympique et sportif français. Medicosport-santé - La dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives. 2007.

20. Haute Autorité de Santé. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. Paris : HAS; juill 2019. (Outil d'amélioration des pratiques professionnelles).

21. Grondin É. Motivations et barrières à la pratique d'une activité physique prescrite au sein d'un programme Sport sur Ordonnance chez le patient diabétique de type 2 [Thèse de médecine]. La Réunion; 2018.

22. Gimbert V, Nehmar K. Activité physique et pratique sportive pour toutes et tous. Paris : France Stratégie; nov 2018 p. 140.

23. Yarmohammadi S, Mozafar saadati H, Ghaffari M, Ramezankhani A. A systematic review of barriers and motivators to physical activity in aged adults in Iran and worldwide. Epidemiol Health. 29 nov 2019;e2019049.

24. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. IRDES. avr 2018;(n°232):8.

25. Asalée, L'éducation du patient, un enjeu de santé publique. L'infirmière libérale magazine. oct 2017;(Spécial).

26. MOOC Sport Santé [En ligne]. Formations en ligne; [cité le 25 avr 2020]. Disponible: https://www.mooc-sportsante.com/course-cat/formation-en-ligne/

27. Collège français des enseignants en médecine et traumatologie de l'exercice et du sport. Activité physique et sportive : facteur de santé. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2019.

28. Fowles JR, O'Brien MW, Solmundson K, Oh PI, Shields CA. Exercise is Medicine Canada physical activity counselling and exercise prescription training improves counselling, prescription, and referral practices among physicians across Canada. Appl Physiol Nutr Metab. mai 2018;43(5):535-9.

29. Thornton JS, Frémont P, Khan K, Poirier P, Fowles J, Wells GD, et al. Physical activity prescription: a critical opportunity to address a modifiable risk factor for the prevention and management of chronic disease: a position statement by the Canadian Academy of Sport and Exercise Medicine: Table 1. Br J Sports Med. sept 2016;50(18):1109-14.

30. Robien S, Ferley J-P. Prescrimouv'. Bouger sur ordonnance. Grand Poitiers, Saintes et Grand Cognac. ORS Nouvelle Aquitaine. ORS Nouvelle Aquitaine; févr 2019 p. 24. Rapport no 57.

31. Gasparini W, Knobé S. Sport sur ordonnance : l'expérience strasbourgeoise sous l'œil des sociologues. Inf Soc. 2015;n° 187(1):47.

32. Hamlin MJ, Yule E, Elliot CA, Stoner L, Kathiravel Y. Long-term effectiveness of the New Zealand Green Prescription primary health care exercise initiative. Public Health. nov 2016;140:102-8.

33. Rödjer L, H. Jonsdottir I, Börjesson M. Physical activity on prescription (PAP): self-reported physical activity and quality of life in a Swedish primary care population, 2-year follow-up. Scand J Prim Health Care. oct 2016;34(4):443-52.

Résumé

L'activité physique adaptée est intégrée dans la prise en charge des patients. Depuis 2017 et l'inscription dans la loi, de nombreux programmes ont été mis en place. Des barrières persistent chez les patients et médecins. Un programme a été mis en place dans plusieurs maisons de santé permettant un accès simplifié et gratuit. Cette étude évalue la satisfaction des patients, soignants et éducateurs à six mois du programme. Le flux et les caractéristiques de la population seront également étudiés.

Matériel et méthodes : évaluation de la satisfaction par soumission de questionnaire. Étude des données des caractéristiques de la population et de flux.

Résultats : 55 patients sont inclus. Les réponses montrent une satisfaction globale des patients, 29 pensent poursuivre une activité physique dont 22 dans leur MSP. Les soignants souhaitent le développement d'une prise en charge globale. Les éducateurs ont une divergence d'opinion sur la capacité des patients à intégrer d'autres structures et souhaitent un suivi plus régulier et coordonné. Les populations diffèrent en précarité et en moyenne d'âge. L'hygiène de vie, l'estime de soi et le score d'anxiété-dépression sont considérés comme normaux.

Discussion : les patients sont satisfaits et souhaitent poursuivre au sein du groupe. La coordination ainsi qu'un suivi régulier semblent nécessaires. Il existe de nombreux biais avec une inclusion restreinte et une participation différente dans les groupes. L'absence de participation des médecins est une limite majeure et leur intégration dans le projet est importante. Cibler une population plus sédentaire pour laquelle un plus grand bénéfice sur la santé est démontré serait pertinent. De nombreuses perspectives existent avec mise en place d'un suivi plus régulier, réalisation de bilan de forme, soumissions de questionnaire à réaliser à long terme. Poursuivre un suivi des patients après l'arrêt du programme pourrait encourager la poursuite de l'activité physique.

Mots clés : activité physique adaptée ; maison de santé pluri-professionnelle ; satisfaction ; soins primaires

Résumé soumis pour le congrès du CNGE 2020 (Congrès National des Généralistes Enseignants)

Contexte

L'activité physique adaptée est inscrite dans la loi pour les patients atteints d'affection de longue durée. Il existe des freins chez les médecins et les patients. Les motivations sont bien présentes : notion de plaisir, d'amélioration de la santé. Le programme mis en place dans 4 maisons de santé permet un accès simplifié, et gratuit à une activité physique adaptée, tout en l'intégrant à une démarche éducative.

Objectfis(s) / Question(s)

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer à six mois un programme d'activité physique adaptée au sein de 4 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Le flux ainsi que les caractéristiques de la population seront également étudiés.

Méthode

Soumission de questionnaires aux patients recrutés dans 4 MSP, aux soignants et aux éducateurs ayant participés au dispositif après six mois du début du programme. Les données ont été recueillies sur les feuilles de présence : caractéristiques de la population et du flux. Les questionnaires ont été créés pour l'étude, un pour les patients, un pour les soignants, un pour les éducateurs. Les patients ont par ailleurs répondu à l'échelle d'estime de soi de Rosenberg, au questionnaire FFEPGV sur l'hygiène de vie, au score PRECAR et à l'échelle HAD (sémiologie anxio-dépressive).

Résultats (résultat principal et autres résultats (+/-))

Le nombre total de patients est de 55 (8 sortants, 5 perdus de vue). Ils sont globalement satisfaits. La majorité pensent continuer au sein de la MSP. Les 5 IDE ASALEE souhaitent intégrer l'APA dans une prise en charge globale. Les 2 éducateurs doutent de la capacité des patients à intégrer d'autres structures et souhaitent une concertation avec les autres intervenants. L'hygiène de vie, l'estime de soi et le score d'anxiété dépression sont dans les normes.

Discussion (Limites, forces et perspectives)

Les participants sont satisfaits et souhaitent poursuivre. Les soignants et éducateurs sont favorables à un suivi plus régulier et une coordination entre les différents intervenants. Les biais existants sont la sélection des patients entrants et les perdus de vue. L'absence de participation des médecins et leur intégration sont les barrières majeures. Il serait intéressant de cibler une population plus sédentaire. Un soutien par contact téléphonique peut faciliter l’adhésion.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis 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 et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Résumé

L'activité physique adaptée est intégrée dans la prise en charge des patients. Depuis 2017 et l'inscription dans la loi, de nombreux programmes ont été mis en place. Des barrières persistent chez les patients et médecins. Un programme a été mis en place dans plusieurs maisons de santé permettant un accès simplifié et gratuit. Cette étude évalue la satisfaction des patients, soignants et éducateurs à six mois du programme. Le flux et les caractéristiques de la population seront également étudiés.

Matériel et méthodes : évaluation de la satisfaction par soumission de questionnaire. Étude des données des caractéristiques de la population et de flux.

Résultats : 55 patients sont inclus. Les réponses montrent une satisfaction globale des patients, 29 pensent poursuivre une activité physique dont 22 dans leur MSP. Les soignants souhaitent le développement d'une prise en charge globale. Les éducateurs ont une divergence d'opinion sur la capacité des patients à intégrer d'autres structures et souhaitent un suivi plus régulier et coordonné. Les populations diffèrent en précarité et en moyenne d'âge. L'hygiène de vie, l'estime de soi et le score d'anxiété-dépression sont considérés comme normaux.

Discussion : les patients sont satisfaits et souhaitent poursuivre au sein du groupe. La coordination ainsi qu'un suivi régulier semblent nécessaires. Il existe de nombreux biais avec une inclusion restreinte et une participation différente dans les groupes. L'absence de participation des médecins est une limite majeure et leur intégration dans le projet est importante. Cibler une population plus sédentaire pour laquelle un plus grand bénéfice sur la santé est démontré serait pertinent. De nombreuses perspectives existent avec mise en place d'un suivi plus régulier, réalisation de bilan de forme, soumissions de questionnaire à réaliser à long terme. Poursuivre un suivi des patients après l'arrêt du programme pourrait encourager la poursuite de l'activité physique.

Mots clés : activité physique adaptée ; maison de santé pluri-professionnelle ; satisfaction ; soins primaires