

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

**MISE EN PLACE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE
CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH :
SUIVI D'UNE COHORTE ET EVALUATION DU
PROGRAMME : EFFETS SUR LA QUALITE DE VIE ET
L'OBSERVANCE MEDICAMENTEUSE**

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Nice

Le 26 octobre 2016

Par

M. Franck POURREZ

Né le 22 août 1984 à Nice (Alpes Maritimes)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état)

Jury de thèse:

Président du jury : Monsieur le Professeur Patrick BAQUE

Assesseurs : Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Monsieur le Professeur Christian PRADIER

Madame le Docteur Isabelle PERBOST

Directrice de thèse : Madame le Docteur Caroline ARMENGAU

Invité : Madame le Docteur Sara FERRANDO

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

**MISE EN PLACE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE CHEZ LES
PATIENTS VIVANT AVEC LE VIH :
SUIVI D'UNE COHORTE ET EVALUATION DU PROGRAMME :
EFFETS SUR LA QUALITE DE VIE ET L'OBSERVANCE
MEDICAMENTEUSE**

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Nice

Le 26 octobre 2016

Par

M. Franck POURREZ

Né le 22 août 1984 à Nice (Alpes Maritimes)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état)

Jury de thèse :

Président du jury : Monsieur le Professeur Patrick BAQUE

Asseseurs : Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Monsieur le Professeur Christian PRADIER

Madame le Docteur Isabelle PERBOST

Directrice de thèse : Madame le Docteur Caroline ARMENGAU

Invité : Madame le Docteur Sara FERRANDO



UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelise
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	
M. BALAS Daniel	M. LE BAS Pierre
M. BATT Michel	M. LE FICHOUX Yves Mme
M. BLAIVE Bruno	LEBRETON Elisabeth
M. BOQUET Patrice	M. LOUBIERE Robert
M. BOURGEON André	M. MARIANI Roger
M. BOUTTÉ Patrick	M. MASSEYEFF René
M. BRUNETON Jean-Noël	M. MATTEI Mathieu
Mme BUSSIERE Françoise	M. MOUIEL Jean
M. CAMOUS Jean-Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. CHATEL Marcel	M. OLLIER Amédée
M. COUSSEMENT Alain	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DAR COURT Guy	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DELLAMONICA Pierre	M. SCHNEIDER Maurice
M. DELMONT Jean	M. SERRES Jean-Jacques
M. DEMARD François	M. TOUBOL Jacques
M. DOLISI Claude M	M. TRAN Dinh Khiem
. FRANCO Alain	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	M. ZIEGLER Gérard
M. GÉRARD Jean-Pierre	
M. GILLET Jean-Yves	
M. GRELLIER Patrick	
M. HAR TER Michel	
M. INGLES AKIS Jean-André	
M. LALANNE Claude-Michel	
M. LAMBERT Jean-Claude	
M. LAZDUNSKI Michel	
M. LEFEBVRE Jean-Claude	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48.04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury :

A Monsieur le Professeur Patrick BAQUE, Président du Jury, pour l'honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de mon jury de thèse, pour votre aide et vos encouragements au cours de mon apprentissage de la médecine.

A Monsieur le Professeur Gilles GARDON, pour votre présence et votre soutien dans mon cursus de médecin généraliste.

A Monsieur le Professeur Christian PRADIER, pour m'avoir aidé dans l'analyse des résultats de cette étude.

A Madame le Docteur Isabelle PERBOST, pour m'avoir permis d'adhérer à ce projet, permettez-moi de vous exprimer mon profond respect et ma gratitude. Merci pour vos conseils et vos encouragements.

A Madame le Docteur Caroline ARMENGAU, pour son soutien, sa patience et son aide tout au long de ce travail. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. C'est une chance pour moi d'avoir pu travailler à vos côtés et je vous remercie profondément pour tout cela.

A Madame le Docteur Sara FERRANDO, qui a su me rassurer et me guider pendant cette dernière année d'internat. Merci pour votre accueil et votre gentillesse.

Je dédie ce travail

A ma femme et mes filles, avec tout mon amour

A mes parents, avec toute mon affection et ma reconnaissance

A mes frères,

A ma famille,

A mes amis, à Florian,

Aux équipes du projet,

A l'ensemble des médecins qui ont participé à ma formation,

Aux équipes des différents services de terrain de stage de mon internat,

A mes cointernes et camarades de l'internat.

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD	Affection longue durée
AP	Activité Physique
APA	Activité Physique Adaptée
APS	Activité physique et sportive
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
BPCO	Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
EAL	Exploration des anomalies lipidiques
ECG	Electrocardiogramme
ETP	Education thérapeutique du patient
FSGL	Fédération sportive gay et lesbien
FRCV	Facteur de risques cardiovasculaires
HAS	Haute Autorité de Santé
HDL	Lipoprotéines de Haute Densité
IDM	Infarctus Du Myocarde
IMC	Indice de Masse Corporelle
MG	Médecin généraliste
MPRF	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PNNS	Plan National Nutrition Santé
PNAPS	Plan National de Prévention par l'Activité Physique et Sportive
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SEP	Sclérose en plaque
SMS	Short Message System
TAR	Traitement AntiRétroviral hautement actif
TVP	Thrombose veineuse profonde
VIH	Virus de l'Immunodéficiency Humaine
VO2 max	Consommation maximale d'Oxygène
VVP	Voie veineuse périphérique

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	14
JUSTIFICATION DU PROJET	16
1. Définitions	16
2. Promotion de l'activité physique	18
3. Mesure de la condition physique et recherche de contre-indications	19
4. Observance	20
5. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du VIH	21
6. Epidémiologie du VIH et espérance de vie des PVVIH	22
7. Effets bénéfiques des APA et VIH	23
8. Effets indésirables des traitements du VIH et APA	24
9. Limites des APA et VIH	25
10. Observance des PVVIH et APA	26
11. Population vulnérable et VIH	27
12. L'activité physique : moyen de lutte contre l'exclusion des PVVIH	28
MATERIEL ET METHODES I : LE PROJET	30
1. Origine du projet	30
2. Construction du projet	30
3. Calendrier du projet	31
4. Objectif du projet « Je bouge ! »	33
5. Principes du programme	33
6. Recrutement des patients	33
7. Recueil du consentement	34
8. Le Groupe Associatif Siel Bleu : philosophie et objectif	34
9. Déroulement du projet	35
10. Ressources nécessaires	36
11. Approche pluridisciplinaire	36
12. Ma participation au projet	38
MATERIEL ET METHODES II : EVALUATION	39
1. Recherche bibliographique	39
2. Recherche d'outils d'évaluation	39
3. Critères de choix des questionnaires retenus	39
4. Passation des questionnaires	44
5. Ateliers collectifs d'entretiens qualitatifs et reunion de l'équipe	44
6. Indicateurs complémentaires	45
7. Recueil et saisie des données	45
8. Analyses statistiques	45
RESULTATS	46
1. Analyse descriptive	46
2. Partie analytique	56

DISCUSSION	61
1. Discussion sur la méthodologie	61
2. Discussion sur les résultats	62
3. Atouts de ce programme	65
4. Pistes d'amélioration	66
5. Perspectives du projet	67
CONCLUSION	69
ANNEXES	71
BIBLIOGRAPHIES	113
SERMENT D'HIPPOCRATE	118

« Ils m'ont dit que ça me tuerait de jouer au basket.
En fait c'est de ne pas jouer qui me tuait. »

Magic Johnson, basketteur de la NBA et médaillé d'or olympique, personne vivant avec le VIH.

INTRODUCTION

En 2012, le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) était la sixième cause de décès prématuré à l'échelle mondiale.¹

Le VIH, grâce à l'avancée des thérapeutiques, est désormais considéré comme une maladie chronique. Devant un allongement de l'espérance de vie et du fait d'une transmission de la maladie non contrôlée, on constate une augmentation du nombre de patients vivants avec le VIH.^{2 3}

L'amélioration des traitements a permis à une maladie, initialement mortelle, d'être actuellement prise en charge au long cours. Comme toutes les maladies chroniques, les efforts médicaux se sont développés au cours des années sur la prise en charge des comorbidités et la recherche de complications éventuelles. L'évolution de l'information et des conseils adaptés a permis aux PVVIH d'améliorer leur qualité de vie, grâce à un suivi régulier et une observance médicamenteuse optimale.

Le principal risque de la « non-observance thérapeutique » est l'augmentation de la probabilité de développer des pharmaco-résistances⁴. En 2003, l'organisation mondiale de la santé (OMS) indique dans son rapport que la moitié des patients souffrant de maladie chronique ne prennent pas correctement leur traitement et qu'une bonne observance serait un progrès plus important que n'importe quelle découverte biomédicale.⁵

L'OMS recommande à chaque pays de promouvoir une activité physique adaptée (APA) à chacun.⁶

En France, cette recommandation est reléguée par le Plan National Nutrition Santé (PNNS) et au niveau local par l'Agence Régionale de Santé (ARS).⁷

L'OMS préconise une activité physique (AP) régulière au vu de ses bienfaits sur la santé et sur la qualité de vie. Devant la vulnérabilité des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), leurs nombreuses comorbidités et leurs risques potentiels, l'activité physique

a été initialement évaluée dans cette population fragile. De nombreuses études scientifiques ont démontré les bénéfices de l'exercice physique dans cette population à risque. L'activité physique permettrait une amélioration de la qualité de vie chez les PVVIH mais aussi l'amélioration de nombreux critères biologiques, anthropométriques, esthétiques, etc.^{8 9 10 11 12}

Au-delà de l'effet positif de l'activité physique et sportive (APS), il semble aujourd'hui nécessaire d'étudier l'expérience des PVVIH vis-à-vis de l'AP et les conséquences des programmes d'APA. Une telle approche implique de chercher à comprendre quelles sont les difficultés et les freins à l'accès aux AP dans le public étudié.

Il convient de constater que peu d'études de ce type n'ont été réalisées, alors qu'on observe une prolifération de travaux en sciences de la vie et en sciences humaines qui prouvent les effets bénéfiques de l'activité physique et sportive.

Il existe des données concernant le niveau de vie et l'investissement dans l'AP chez les PVVIH mais à ce jour, peu d'articles ont été consacrés à l'impact de l'activité physique sur l'observance médicamenteuse chez les PVVIH.

De ce postulat, un programme spécifique pour la pratique d'une activité physique adaptée, a été mis en place, au CHU de Nice, avec l'appui de l'agence régionale de la santé (ARS) Provence Alpes Côte d'Azur (PACA).

Ce travail de thèse décrit les étapes du déroulement du projet d'éducation thérapeutique du patient (ETP) et d'APA « Je bouge ! » chez les PVVIH ainsi que l'évaluation de ce programme sur une cohorte.

L'objectif principal de ce travail de thèse est d'évaluer l'impact de la mise en place d'une APA chez les PVVIH sur la qualité de vie et sur l'observance médicamenteuse. L'objectif secondaire de l'étude est de mettre à jour les freins et les facilitateurs pour encourager les PVVIH à réaliser une APA.

JUSTIFICATION DU PROJET

1. Définitions

L'activité physique :

L'OMS définit l'activité physique comme tout mouvement corporel produit par les muscles qui requiert une dépense d'énergie ce qui comprend les mouvements effectués en travaillant, en jouant, en accomplissant les tâches ménagères, en se déplaçant et pendant les activités de loisirs.

Le sport :

La charte européenne du sport, révisée en 2001, définit le sport comme toutes formes d'activités physiques qui, à travers une participation organisée ou non, ont pour objectif l'expression ou l'amélioration de la condition physique et psychique, le développement des relations sociales ou l'obtention de résultats en compétition de tous niveaux.

La sédentarité :

La sédentarité se caractérise comme un état dans lequel les mouvements corporels sont réduits au minimum et la dépense énergétique proche de la dépense énergétique au repos¹³. Elle s'exprime par une condition physique médiocre avec une faible capacité d'adaptation à l'effort¹⁴.

La condition physique :

La condition physique correspond à la possibilité que les individus ont ou acquièrent, de réaliser différentes activités physiques. C'est l'état fonctionnel dans lequel se trouvent les différents systèmes organiques d'un individu donné par rapport à leur niveau optimum de fonctionnement. ¹⁴

L'observance médicamenteuse :

Selon l'OMS, l'observance médicamenteuse est la concordance entre le comportement d'une personne et les recommandations d'un soignant vis-à-vis de prise de médicaments.

La qualité de vie

L'OMS définit en 1993 la qualité de vie comme étant « la perception qu'à un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

Activité physique adaptée :

L'APA est un moyen qui permet la mise en mouvement des personnes qui, en raison de leur état physique, mental, ou social, ne peuvent pratiquer une activité physique dans des conditions habituelles. Elle répond à leurs besoins spécifiques de santé et d'intégration par l'adaptation de toute activité physique de la vie quotidienne ou de loisirs, dans le respect de la sécurité des personnes. Elle est accessible à toute personne quel que soit le niveau d'incapacité. Elle est utilisée avec succès en cours de traitement des maladies chroniques et affections longue durée (ALD)¹⁵.

L'éducation thérapeutique du patient :

L'éducation thérapeutique du patient, pour l'OMS, vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur

maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

Une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une ETP.

2. Promotion de l'activité physique

Les recommandations de l'OMS correspondent à une pratique, pour les adultes de 18 à 64 ans, d'au moins 150 minutes hebdomadaires d'une activité physique d'intensité modérée, ou au moins 75 minutes hebdomadaires d'une activité physique intense, ou une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée à forte; et pour en retirer des bienfaits supplémentaires en matière de santé, les adultes devraient porter à 300 minutes par semaine la pratique d'une activité physique d'intensité modérée ou l'équivalent; de plus des activités de renforcement musculaire mettant en jeu les principaux groupes de muscles devraient être pratiquées deux jours par semaine ou plus.⁶

Une activité physique régulière suffisante améliore la musculature et les performances cardiorespiratoires; améliore la santé osseuse et les capacités fonctionnelles; réduit le risque d'hypertension artérielle, de cardiopathie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral, de diabète, de cancer du sein et du côlon, et de dépression; réduit le risque de chute ainsi que de fracture du col du fémur ou de fracture vertébrale. L'AP est fondamentale pour l'équilibre énergétique et la maîtrise du poids.⁶

La sédentarité est l'un des dix facteurs de risque de mortalité dans le monde. C'est un facteur de risque majeur de maladies non transmissibles telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer et le diabète. L'activité physique présente des avantages importants pour la santé et contribue à prévenir les maladies non transmissibles. À tout âge, les bienfaits de l'exercice sont supérieurs aux risques potentiels. Toute activité physique vaut mieux que l'absence totale d'exercice. Les personnes ayant une activité physique insuffisante ont un risque de décès majoré de 20% à 30% par rapport à celles qui sont suffisamment actives.⁶

Au plan mondial, près de 23% des adultes, de 18 ans et plus n'étaient pas suffisamment actifs en 2010 (hommes 20% et femmes 27%).⁶

En 2013, les États Membres de l'OMS ont convenus de réduire la sédentarité de 10% d'ici 2025 et ont incorporé des stratégies à cet effet dans le «Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020».⁶

En France, le PNNS soutenu depuis 2001, a permis d'augmenter l'activité physique quotidienne de 25 % tous âges confondus mais aussi de développer l'activité physique et sportive et limiter la sédentarité tout en stabilisant l'obésité et le surpoids dans la population.

Le quatrième PNNS met l'accent sur la nécessité de mettre en place des APA pour les populations en situation de handicap, défavorisées, âgées ou atteintes de maladies chroniques.⁷

3. Mesure de la condition physique et recherche de contre-indications

L'évaluation de la capacité d'adaptation à l'effort se fait en partie par la mesure de la consommation maximale d'oxygène à l'effort (VO₂ max).

La VO₂ max à l'effort peut aussi être estimée de façon indirecte selon la fréquence cardiaque et l'apparition de dyspnée à l'effort. En pratique courante, l'indice de Ruffier permet d'apprécier la capacité d'adaptation à l'effort et l'indice de Ruffier-Dickson la capacité de récupération après l'effort. Ces tests sont réalisés après un repos en décubitus de quelques minutes avec une prise de pouls ; le sujet doit ensuite se lever et effectuer 30 flexions complètes de jambes en 45 secondes, bras tendus devant lui. Suite aux 45 secondes d'effort, le pouls est pris immédiatement, puis le sujet s'allonge à nouveau et une minute après la fin des flexions, on relève une dernière fois sa fréquence cardiaque.

Afin de rechercher d'éventuelles contre-indications, un interrogatoire et un examen clinique bien conduits sont nécessaires, il est important d'être vigilant sur les facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) des patients. En cas de signe d'appel, un électrocardiogramme (ECG) puis un test à l'effort peuvent être réalisés avec un avis spécialisé si besoin. Il est nécessaire également de rechercher et dépister tout problème ostéoarticulaire, et d'évaluer le risque de chute.¹⁶

4. Observance

En France, 15 millions de personnes présentent une maladie chronique, soit 20% de la population, dont 7,5 millions en ALD.¹⁷ La non-observance thérapeutique est importante dans le cadre des maladies chroniques avec des conséquences en termes de morbi/mortalité. En France, la non observance concerne près de la moitié des patients atteints de maladies chroniques.¹⁸ Elle entraîne des complications médicales et psychosociales, diminue la qualité de vie, augmente la probabilité de développer des pharmaco-résistances, provoque un gaspillage des ressources¹⁹ et augmente fortement les dépenses du secteur de la santé.¹⁸ Certaines situations rencontrées dans les maladies chroniques sont reconnues comme à risque d'inobservance comme les maladies asymptomatiques, les maladies à régression rapide de symptômes, les maladies à manifestations paroxystiques, les maladies symptomatiques trainantes rebelles et enfin les situations où il y a perturbations cognitives et comportementales.²⁰ Toutes les situations d'inobservance peuvent se rencontrer, du patient qui ne prend pas les médicaments prescrits, à celui qui en prend plus ou qui prend des médicaments non prescrits ou encore celui qui aménage à sa convenance les éléments de la prescription^{19 21}.

L'amélioration de l'observance est un investissement rentable qui permettrait d'éviter les dépenses excessives de santé et améliorerait la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques²².

Le médecin traitant a un rôle essentiel dans l'observance du traitement, il est un coordonnateur des soins dans l'action de facilitation de la vie quotidienne des malades²³. Une information loyale, claire et éclairée doit être apportée aux patients sur leurs états, la description des examens, des thérapeutiques : leurs objectifs, leurs conséquences, leurs effets secondaires²⁴.

L'alliance médecin-patient en tant que rencontre d'une confiance et d'une conscience est au cœur de la question de l'observance. Le médecin doit accompagner le patient dans son traitement afin d'éviter des angoisses susceptibles de modifier le schéma d'observance.

Pour augmenter l'observance il existe un nombre croissant de programmes d'ETP qui intègrent le plus souvent plusieurs aspects¹⁸ :

- L'implication du patient dans son propre traitement
- La simplification du traitement
- La motivation
- La situation de chaque patient et son le comportement
- La compréhension des patients
- La spécificité de la maladie
- A l'aide des moyens comme les piluliers ou les rappels (par exemple sous forme de SMS envoyé au patient)

5. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du VIH

Le médecin généraliste (MG) est un praticien de premier recours, habitué du suivi des patients « chroniques » grâce a une prise en charge du patient qui s'inscrit dans la durée. Il est en capacité de repérer les difficultés du patient car il a connaissance de l'environnement de vie du patient.

Pour le MG, le VIH est une pathologie qui ne fait plus peur : « maitrisable ».

Les missions de soins primaires du MG sont tout d'abord la prévention de la transmission mais également la proposition de dépistage en population générale et plus spécifiquement chez les patients des groupes cibles. Le MG doit s'assurer de l'observance du traitement, du repérage des signes de vulnérabilité, de l'ETP. Il doit savoir orienter vers une consultation spécialisée en cas d'effets indésirables graves, et motiver les patients à la lutte contre les FRCV : arrêt du tabac, pratique des APA²⁵. Le suivi est simplifié car il existe une relative saturation des consultations hospitalières spécialisées avec la possibilité d'élargir la prise en charge des patients en ayant recours au MG.

Néanmoins devant un temps de consultations limitée et le manque de formation spécifique l'ETP des PVVIH un appui hospitalier est important.

6. Epidémiologie du VIH et espérance de vie des PVVIH

Plus de 36,9 millions de personnes dans le monde vivaient en 2014 avec le VIH dont 2,6 millions d'enfants³. L'incidence annuel du VIH est en diminution, néanmoins on estime que le virus a infecté 2 millions de personnes dans le monde rien qu'en 2014³; 2,5 millions en 2011 et 3,2 millions en 2001²⁶. À ce jour, on estime qu'environ 34 millions de personnes sont décédées des suites du SIDA dont 1,2 million en 2014³. En 2011, 1,7 million de personnes sont mortes de causes liées au SIDA dans le monde, soit 24% de moins qu'en 2005²⁶.

Le VIH reste la 6^{ème} cause de décès à l'échelle mondiale en 2012 et la 2^{ème} cause de décès due à des maladies infectieuses¹ ainsi que la 1^{ère} cause de mortalité chez les personnes âgées de 15 à 59 ans²⁷.

Selon l'OMS, le taux de prévalence par du VIH en France était de 255 cas pour 100 000 habitants en 2011 (en augmentation depuis 2001 : 203 cas pour 100 000 habitants), le taux de mortalité du VIH en France était de 2 cas pour 100 000 habitants en 2011 et le taux de d'incidence par VIH/SIDA était de 20 cas pour 100 000 habitants dans la région européenne en 2011²⁶.

Aujourd'hui en France, il reste 25 000 à 30000 personnes qui ignorent leur séropositivité² et dans le monde seul 51% des personnes séropositives connaissent leur statut. En France, 29 % de patients sont pris en charge au stade SIDA. Il est essentiel de renforcer l'accès au dépistage du VIH et aux médicaments^{3 28}.

La région PACA est la 2ème région en France métropolitaine où la prévalence est la plus forte.

Le service d'infectiologie, unité de virologie clinique du CHU de Nice prend en charge une file active de 2611 PVVIH. Le recrutement des patients du service s'effectue sur tout le département des Alpes Maritimes, certains patients venant même des départements limitrophes (Var, Corse)²⁹.

Le VIH est aujourd'hui considéré comme une maladie chronique en particulier dans les pays développés où l'accès aux traitements antirétroviraux hautement actifs (TAR) permet un allongement de l'espérance de vie². Chez les PVVIH, l'espérance de vie diffère en fonction du caractère précoce ou tardif du traitement par rapport aux différents stades de la maladie. On constate une augmentation de l'espérance de vie chez les personnes qui ont commencé le TAR au stade précoce de l'infection plutôt qu'à un stade avancé de la maladie³⁰

Des études récentes ont montrées que les PVVIH traités par TAR présentent une espérance de vie se rapprochant voir égalant celle de la population générale^{31 32 33}. Néanmoins, un taux de CD4 supérieur à 350/ μ l un an après l'introduction des TAR, une charge virale indétectable, sont nécessaires pour obtenir une amélioration de l'espérance de vie. Un NADIR CD4 bas implique une espérance de vie plus faible.³¹
^{32 33} (NADIR CD4 correspondant au nombre de CD4 le plus bas du patient depuis son infection par le VIH).

Un diagnostic précoce de l'infection est donc nécessaire pour améliorer l'espérance de vie des PVVIH. La toxicomanie intra veineuse, la présence de comorbidités et de co-infections ainsi que les PVVIH d'ethnies non européennes sont des facteurs de risque limitant l'espérance de vie.^{31 32 33}

7. Effets bénéfiques des APA et VIH

Chez les PVVIH, le corps est fréquemment vécu comme souillé, les patients ont souvent une faible estime d'eux même³⁴, il en résulte donc logiquement une dégradation importante de l'image de soi et plus spécifiquement de l'image du corps³⁵.

Il a été prouvé chez les PVVIH que les activités sportives diminuent le stress, la fatigue, la colère, l'anxiété, le stress psychologique et la dépression.

L'AP améliore la qualité de vie, la santé mentale et physique et permet de se sentir en forme en contribuant à accroître l'assurance^{8 9 10 11 12}.

L'AP prévient aussi les complications osseuses, en favorisant le renforcement du squelette et en réduisant les signes de lipodystrophie¹². Chez le PVVIH, l'AP permet de réduire la masse graisseuse et la graisse viscérale^{8 36} améliorant ainsi l'aspect esthétique et la force musculaire^{37 38}.

Des effets bénéfiques ont été constatés lors d'un programme d'exercices aérobies et pendant la pratique du Tai Chi sur les capacités fonctionnelles, les paramètres psychologiques et la qualité de vie des PVVIH¹⁰. L'intérêt de la pratique du Tai Chi a été également confirmé par une étude clinique démontrant les effets bénéfiques de cette activité sur la gestion du stress et sur les variables psychosociologiques d'individus vivant à différentes étapes de l'évolution du VIH³⁹. D'autres recherches ont montré l'impact positif d'un entraînement de six mois visant au développement de la capacité aérobie et de la résistance physique sur l'état de santé physiologique et psychologique des personnes séropositives⁴⁰.

Une activité de renforcement musculaire couplée à un entraînement aérobie ou isolée a un intérêt bénéfique en terme de force musculaire pour les PVVIH^{40 41}.

Pratiquer de façon modérée une AP renforce le système immunitaire et retarderait ainsi l'apparition du SIDA⁹.

D'un point de vue biologique, l'AP permet une augmentation du nombre de lymphocytes CD4³⁷ et normalise le profil lipidique permettant de réduire le risque coronarien^{8 12} en augmentant le taux de lipoprotéines de haute densité (HDL) cholestérol⁴². L'activité physique permet également une amélioration des paramètres glycémiques¹² et de la VO2 max³⁷.

8. Effets indésirables des traitements du VIH et APA

Le VIH et ses traitements induisent des modifications de la composition corporelle comme le surpoids et l'obésité, mais plus particulièrement la répartition des graisses engendrant une lipodystrophie⁴³.

La prévalence de lipodystrophie se situe entre 38 et 62% des personnes traitées plus de 32 mois par des antirétroviraux et plus de 15 mois par des inhibiteurs de protéase⁴³.

La durée cumulée des traitements antirétroviraux hautement actifs est un facteur aggravant de lipodystrophie. Les médicaments ne sont pas les seuls responsables de cette survenue. D'autres facteurs comme l'âge, l'IMC, l'ancienneté et la sévérité de l'infection VIH rentrent eux aussi en ligne de compte⁴³.

L'AP réduirait l'impact des effets néfastes des traitements sur la qualité de vie⁴⁴.

L'exercice physique permet de lutter contre les effets secondaires des traitements antirétroviraux. Elle diminue la fatigue, la nausée, la douleur, l'anxiété et la dépression engendrée par les traitements¹⁰. Un entraînement aérobic individualisé de faible intensité combat les lipodystrophies⁴² et l'accumulation de tissus adipeux au niveau du tronc⁴⁵. Un entraînement de course à pied, d'endurance et des sessions de résistance réduit les effets métaboliques secondaires des traitements (notamment la baisse de sensibilité à l'insuline, l'adiposité abdominale et la lipodystrophie)⁴⁶. L'AP permet ainsi de masquer les conséquences esthétiques du VIH et/ou de ses traitements⁴⁷.

Ainsi l'AP devient un adjuvant au traitement médical, alors que, parallèlement, les patients tendent à en faire l'une de leurs principales stratégies d'« auto-prise en charge ».

9. Limites des APA et VIH

Un entraînement intense exigeant un effort supérieur à la normale engendre un stress du système immunitaire potentiellement dangereux⁹. Plus particulièrement si l'activité se déroule dans un environnement compétitif et stressant⁹.

L'AP doit être encouragée, avec une limite pour les patients sédentaires, le début de l'exercice physique doit être progressif et une évaluation spécialisée est

recommandée chez les patients ayant des FRCV. En cas d'obésité ou d'anomalies lipidiques ou glucidiques, il est nécessaire de proposer un régime adapté, et l'orientation vers une consultation de diététique ou de nutrition est recommandée. De façon générale, la prise en charge ne peut se limiter à un simple conseil : ces mesures imposent souvent une modification durable des comportements liés au mode de vie, aux représentations du corps et à l'alimentation (qui peuvent varier selon les cultures). Ces éléments doivent être pris en compte dans le dialogue médecin-patient et dans la définition d'un programme individualisé réaliste qui pourra être réadapté au cours du temps, en fonction des succès et des difficultés constatées⁴⁸.

Chez les patients ayant développé le syndrome SIDA, la capacité à pratiquer une AP peut-être compromise par une détérioration des fonctions cardiorespiratoires et cardiovasculaires⁴⁹. Par exemple, chez les patients ayant présenté une toxoplasmose cérébrale ou des convulsions, la plongée sous-marine autonome, le parachute et les sports motorisés sont contre indiqués⁹.

10. Observance des PVVIH et APA

L'observance est primordiale chez les PVVIH. Le degré d'observance des patients nécessaire pour obtenir des résultats optimaux doit être supérieur à 95%⁴. Néanmoins, le taux de PVVIH présentant une observance optimale varie de 54 à 88%¹⁸.

En 1997, AIDES : association de PVVIH, a réalisé une enquête sur le vécu des personnes en traitement : sur 887 réponses analysées, 81% des répondants se plaignaient d'au moins un effet secondaire. Les personnes interrogées ont en moyenne retrouvé trois effets secondaires. Cela souligne l'accumulation possible des désagréments quotidiens dus au traitement, facteur de rejet éventuel du traitement. Ces effets doivent être pris en charge pour améliorer le confort et la qualité de vie des personnes et favoriser l'adhésion au traitement⁵⁰.

L'étude longitudinale de mesure de l'observance des patients de la cohorte APROCO, qui concerne des patients initiant un traitement par inhibiteurs de protéases en 1997,

a clairement montré que l'observance est un processus dynamique qui évolue au cours du temps et des événements du suivi médical mais aussi de la vie personnelle du patient. Après 20 mois de suivi, 31 % des patients maintiennent une observance élevée, 52% d'entre eux à certains moments seulement, et 17% des patients ne sont jamais totalement observants⁵⁰.

La cohorte MANIF 2000 montre globalement que les patients contaminés par usage de drogues ne sont pas a priori moins observants que les autres mais, le jeune âge, la consommation élevée d'alcool, les difficultés sociales, la dépression sont des facteurs de prédisposition aux comportements de non-observance⁵⁰.

Les polythérapies exigeaient la prise de nombreux comprimés auxquels venaient s'ajouter les prophylaxies et les traitements des infections opportunistes et le traitement des comorbidités. L'acceptabilité du traitement s'est améliorée nettement, en ce qui concerne le nombre de comprimés, et les contraintes de la prise notamment par rapport à l'alimentation². La simplification des combinaisons thérapeutiques et l'amélioration des galéniques, des molécules existantes restent une préoccupation majeure des laboratoires pharmaceutiques et des prescripteurs.

La participation du patient à l'élaboration du schéma thérapeutique joue un rôle essentiel dans l'acceptation et l'adhésion au traitement. La reconnaissance et la gestion des effets indésirables ressentis par les patients sont deux composantes essentielles à la démarche d'accompagnement⁵⁰.

11. Population vulnérable et VIH

Les personnes faiblement diplômées présentent une vulnérabilité importante face à l'infection. Le statut social et l'isolement au cours de la vie peuvent constituer des situations de vulnérabilité. Ces situations freinent l'adoption de comportements de prévention.⁵¹

Une enquête réalisée sur une cohorte de 189 PVVIH tirée au sort en 2012 suivi par le service d'infectiologie du CHU de Nice a montrée une vulnérabilité sociale plus

importante que dans la population générale (Score Epices : 58.2% vs 27.9%) et des conditions de vie plus précaires (Score EPCV : 48.8% vs 12.2%)²⁹.

IPPOTHES est une enquête nationale réalisée en 2001 auprès de 668 femmes infectées par le VIH. D'après l'enquête, les femmes sont plus fréquemment en situation de précarité et de vulnérabilité que la population générale et que les hommes infectés par le VIH⁵⁰.

Une proportion importante de PVVIH se trouve en situation de précarité en particulier les usagers de drogues, les immigrés, les étrangers sans statut de résident et les personnes sans emploi.

Des difficultés dans de nombreux domaines sont associées à ces situations de précarité comme le logement, la nourriture, la marginalisation et l'absence de soutien moral ou matériel⁵².

La discrimination et la vulnérabilité des PVVIH est importante. Bien souvent, pour une personne vivant avec le VIH, le plus grand obstacle n'est pas son infection, mais plutôt l'attitude des gens qui l'entourent. Etre séropositif au VIH est souvent synonyme d'isolement⁹.

12. L'activité physique : moyen de lutte contre l'exclusion des PVVIH

La pratique d'une AP dépend bien souvent du revenu, des diplômes et du statut socio-économique ; ainsi, être un homme, jeune, de 15 à 19 ans, avoir un revenu élevé, posséder un diplôme et appartenir aux professions libérales sont synonymes d'un élargissement des AP pratiquées^{53 54 55}.

L'AP permet de se focaliser sur la santé plutôt que sur la maladie et constitue une plate-forme d'intégration sociale et de soutien, elle est vecteur de valeurs⁹, elle contribue à retrouver une meilleure qualité de vie en évitant la « surmédicalisation » de la maladie¹⁶. L'AP encourage le refus de la passivité, lutte contre l'incapacité et l'improductivité et facilite la gestion des patients^{10 56}.

L'AP en milieu associatif permet de conjuguer des bénéfices aux effets quasi immédiats: l'adhésion, la participation des PVVIH et donner le meilleur de soi-même. Il a en effet pour avantage de favoriser les rencontres et de créer des liens sociaux. La Fédération de Sport Lesbiens Gays (FSLG) s'adresse à tous et toutes, quel que soit le niveau. L'AP, peut-être un loisir, un bien-être dans lequel le culte du corps, de la réussite et la performance ne constituent pas un objectif. Tout le monde est bienvenu, quel que soit son statut sérologique, son état de santé, son niveau⁵⁷.

Devant la vulnérabilité sociale engendrée par le VIH, la sérologie ne doit pas constituer un frein à la pratique d'une activité sportive⁵⁷. En dépit de données scientifiques sans ambiguïté concernant le risque de transmission extrêmement faible dans la pratique physique et dans le sport, la crainte de la contagion domine les débats et les mêmes interrogations semblent sans cesse revenir ⁵⁶.

L'idée que l'accès à l'APA puisse être un motif de souffrance est à prendre en compte. Une offre de pratique d'AP spécifiques pour les PVVIH est nécessaire. La difficulté d'être à la fois « malade » et « sportif » est importante. ⁵⁸

MATERIEL ET METHODES I : LE PROJET

1. Origine du projet

L'ARS PACA a lancé pour l'année 2015 un appel à projet "Sport santé bien être" dans le cadre du plan régional sport santé bien être 2013-2016, signé le 28 juin 2013, conjointement avec la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

Cet appel à projet visait à décliner deux objectifs : mobiliser les acteurs du sport, professionnels de santé et sociaux, sur le thème sport santé bien être et mettre en place des actions de promotion et des offres de pratiques sport santé bien être. Les acteurs potentiels étaient les professionnels de santé, les intervenants du sport et les municipalités.

Les projets éligibles devaient avoir pour but de faciliter la pratique d'une AP, santé, bien être à un public qui ne trouve pas actuellement d'offres adaptées.

Les objectifs attendus étaient la promotion et le développement des AP en terme de thérapeutique non médicamenteuse, adaptées aux capacités et proche du lieu de vie des personnes souffrant de maladies chroniques, en situation de handicap, les séniors quel que soit le degré de perte de leurs capacités.

Le service de maladies infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nice a ainsi rapidement décidé de proposer un projet de mise en place et de suivi d'AP chez les PVVIH : le projet « Je bouge ! ».

Un recrutement des patients a été réalisé au sein du service de Maladies infectieuses de l'hôpital de l'Archet 1, en collaboration avec le Docteur Isabelle Perbost, médecin promoteur du projet.

2. Construction du projet

Après acceptation et financement par l'ARS PACA, le contenu du programme a été co-construit en partenariat avec l'équipe d'ETP du service d'Infectiologie, l'équipe de Médecine physique et Réadaptation Fonctionnelle (MPRF) et l'association Siel Bleu.

Ce projet présente deux étapes tout d'abord une étape intra hospitalière puis un accompagnement dans une phase extra hospitalière. Après concertation des différents intervenants sur la faisabilité, il a été décidé, pour la partie intra hospitalière, de mettre l'accent sur une reprise d'AP en milieu «protégé» avec de la gym douce et des séances de balnéothérapie après un temps motivationnel.

Dans le programme, une APA prodiguée et accompagnée par des professionnels spécifiquement formés, a été intégrée mettant systématiquement l'accent sur l'adaptation et l'individualisation des exercices. Ces activités permettent aux participants de travailler sur des aspects aussi divers que la condition physique, les habilités motrices, le schéma corporel, la prise de responsabilité, l'hygiène de vie et l'estime de soi.

3. Calendrier du projet

- Janvier à mars 2015 :
Appel à projet « Sport Santé et Bien-être » de l'ARS PACA et proposition du projet « Je bouge ! »
- Juillet 2015 :
Acceptation et financement par l'ARS PACA du projet
- Dernier trimestre 2015 :
Finalisation du programme du projet co-construit dans une équipe comprenant des acteurs d'éducation thérapeutique (programme d'ETP agréé ARS dans le service d'infectiologie, intervenant auprès des patients infectés par le VIH et les co-infections), les médecins et les masseurs kinésithérapeutes du service de MPR et des membres de l'association « Siel bleu » intervenant dans l'APA
- Janvier et Février 2016 :
Recrutement de 2 premiers groupes de patients volontaires
- Mars à mi-avril 2016 :
3 Ateliers collectifs par groupe
- Mi-avril 2016 :
Consultation de MPR
- Mi-avril 2016 à mai 2016 :

6 Séances de balnéothérapie et de gym douce par groupe

- Juin 2016 :

Bilan de l'étude

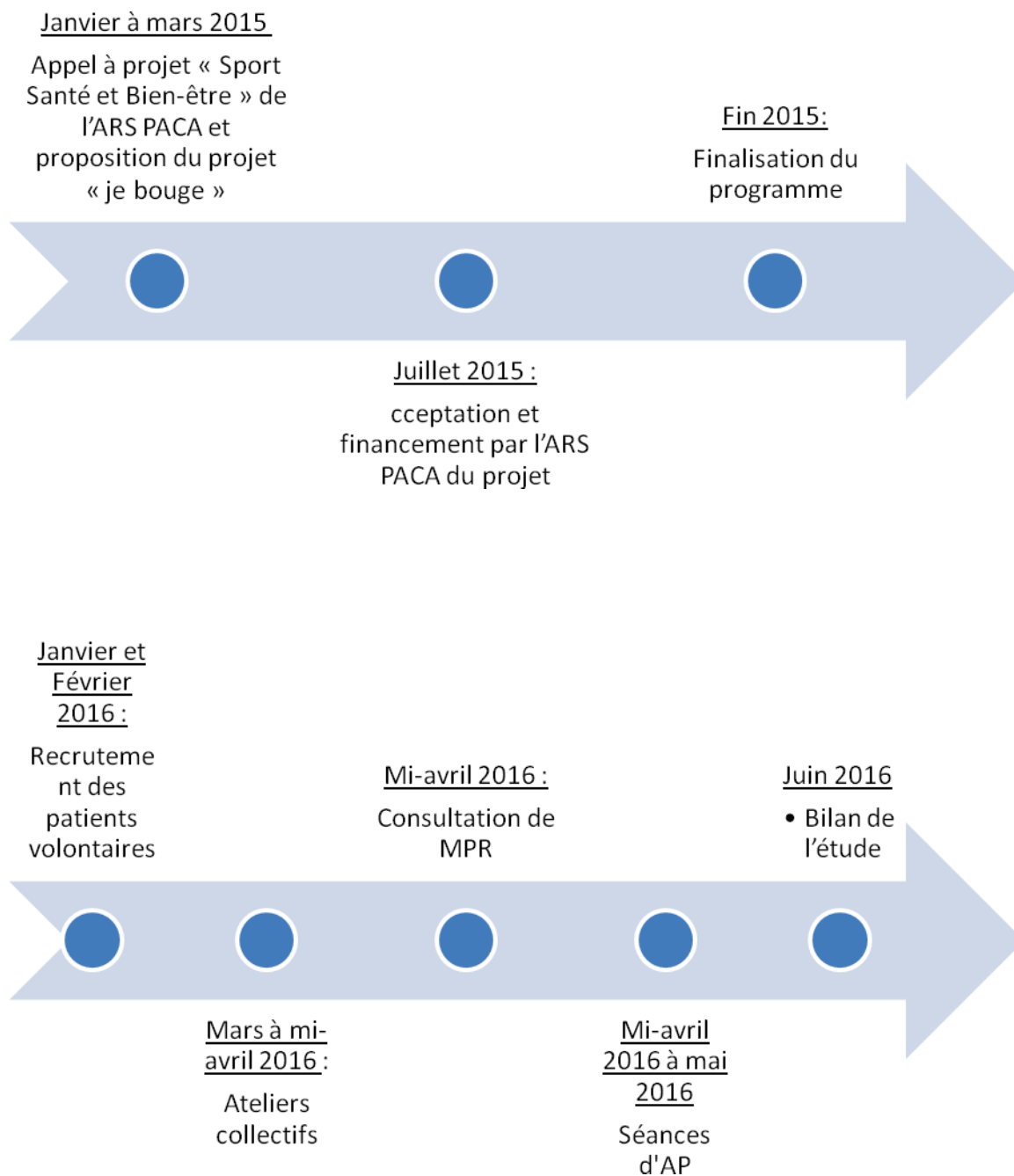


Figure 1 : Déroulement du projet

4. Objectif du projet « Je bouge ! »

Le projet « Je bouge ! » avait pour objectif d'accompagner les PVVIH dans une démarche de retour vers une activité physique et sportive (APS) durable.

5. Principes du programme

Ce programme est totalement gratuit en garantissant aux participants les valeurs de confidentialité, de non jugement, de respect des modes et des choix de vie. Le projet est interactif, basé sur la participation active et les échanges. Il s'agit d'un programme animé par des professionnels de santé et des animateurs sportifs formés et expérimentés. Les participants s'engagent à être présent, chaque étape de ce projet étant nécessaire à la progression et à l'atteinte des objectifs.

6. Recrutement des patients

Un recrutement par des propositions orales, par affiches et flyers (Annexe 1), ainsi que des propositions lors des consultations, a été initié afin d'obtenir une cohorte de patients sur les 2611 PVVIH suivis au CHU de Nice.

Pour participer au projet les patients avaient le choix entre un accueil téléphonique ou physique au service d'infectiologie de l'hôpital de l'Archet 1 ou bien faire la demande auprès d'un médecin du service lors d'une consultation.

Critères d'exclusion :

Tout patient présentant une des pathologies suivantes a été exclu du programme :

- Pathologie cardio-respiratoire ou vasculaire (Coronaropathie, IDM, AVC, Artériopathie, pathologie veineuse) importante et instable.
- Pathologie locomotrice sévère

Contre-indications spécifiques aux soins de balnéothérapie :

- Allergie / intolérance au chlore

- Phobie de l'eau
- Infection aigue en cours
- Fièvre
- Lésions cutanées étendues, surtout si surinfectées (une petite lésion cutanée non surinfectée peut être couverte)
- Incontinence urinaire ou fécale
- Voie veineuse centrale (VVC)
- Sclérose en plaque (SEP)
- Thrombose veineuse périphérique (TVP) en cours de traitement

7. Recueil du consentement

Le consentement des patients a été recueilli lors de la phase d'inclusion des patients dans l'étude. Un rappel des recommandations spécifiques au programme a été réalisé: la participation de façon régulière aux rencontres proposées, le respect des horaires et des règles de bonne pratique d'AP (cheveux attachés, tenues de gym douce et d'aquagym adaptées).

8. Le Groupe Associatif Siel Bleu : philosophie et objectif

L'association à but non lucratif Siel bleu (Sport, Initiative Et Loisirs) a pour objectif de faire reculer la dépendance, d'améliorer la qualité de vie et de maintenir les liens sociaux à l'aide de l'activité physique chez les personnes âgées, malades et/ou handicapées grâce à des programmes d'APA. Les professionnels Siel Bleu proposent des activités variées mettant systématiquement l'accent sur l'adaptation et l'individualisation des exercices aux participants.

Ces programmes favorisent l'amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie des participants par la pratique d'activités motrices régulières, prodiguées et accompagnées par des professionnels spécifiquement formés en APA. Ces activités permettent aux patients de travailler sur des aspects aussi divers que la condition

physique, les habilités motrices, le schéma corporel, la prise de responsabilité, l'hygiène de vie ou encore l'estime de soi.

9. Déroulement du projet

- Tout d'abord, un bilan médical d'aptitude physique a été pratiqué pour écarter toute contre-indication permettant ainsi d'établir un certificat médical d'aptitude à l'activité physique.
- Après recueil du consentement, un bilan éducatif personnalisé a été réalisé en séance individuelle pour la mise en place d'objectifs de reprise d'une AP. Des obstacles financiers ont pu être exprimés par les patients souhaitant entrer dans la démarche du programme, une évaluation par une assistante sociale a permis de mettre en place et de financer, en cas de difficultés avérée, une aide matérielle telle que maillots, claquettes, tickets de bus...
- Dans ce souci de faire bénéficier à chaque patient d'une intervention la plus personnalisée possible, et aussi pour des contraintes de lieux, les patients inclus ont été répartis en 2 groupes de façon aléatoire. Les deux groupes ont bénéficié du même programme d'ETP (Annexe 2).
- Dans un second temps, 3 ateliers collectifs motivationnels ont été réalisés; composés de différents temps de réflexion des participants avec des outils pédagogiques participatifs, interactifs et ludiques puis d'un temps d'exercice physique avec l'aide d'un kinésithérapeute, d'infirmiers, d'une diététicienne, d'un psychologue et d'une sophrologue.
 - Le premier atelier "*Parce que mon corps aime l'activité physique*": s'intéressait à la balance bénéfices / inconvénients perçus par les patients de l'AP sur la santé, le bien être, la notion de fatigue physique, et les comorbidités (Annexe 3).
 - Le second atelier "*Etre mieux dans sa peau*" insistait sur l'estime de soi, et l'image du corps (Annexe 4).

- Le 3^{ème} atelier : "*Just do it*" était un temps de travail motivationnel avec construction d'un projet personnel et personnalisé de retour à l'activité physique (Annexe 5).
- Dans un 3^{ème} temps il a été proposé une reprise d'AP en milieu «protégé» : au sein du service de MPRF, avec 3 séances d'initiation en piscine et 3 séances de travail en salle par l'association Siel Bleu.
 - 3 séances de remise en forme générale en cohérence avec les recommandations de santé publique de l'OMS en s'appuyant sur le développement des principales qualités physiques en lien avec la santé (aérobie, force, équilibre, souplesse, renforcement musculaire, et du travail proprioceptif) programme réalisé par l'association Siel Bleu.
 - 3 séances d'aquagym douces, réalisées par l'équipe de kinésithérapie ces séances permettent de relier l'aspect détente et plaisir de la piscine aux bienfaits d'une AP.
- Enfin un accompagnement personnel vers la poursuite d'une AP extérieure sera proposé : projets individuels envisagés d'AP sur le moyen et long terme, intégrés dans un projet de vie plus global.

10. Ressources nécessaires

Des ressources matérielles ont été mobilisées pour mener à bien ce programme :

- Des locaux adaptés : au sein du plateau technique du service de MPRF. L'infectiologie et la MPR ont proposé des salles de réunion, du matériel de projection
- Du matériel de rééducation diversifiée: soft ball, élastiques, etc.
- Un bureau et salle de réunion : espaces indispensables pour la conduite des entretiens individuels ainsi que pour les ateliers collectifs

11. Approche pluridisciplinaire

Il est important de souligner dans ce programme les nombreux acteurs ainsi que le partenariat des services d'Infectiologie, de MPRF du CHU de Nice et l'association Siel

Bleu. Dans tous les programmes d'ETP, de nombreux intervenants ont un rôle essentiel au développement du projet.

Pour atteindre l'objectif final de changement de comportement, comme le rappelle le Plan National de Prévention par l'Activité Physique ou Sportive (PNPAPS), il est nécessaire de créer un réseau d'acteurs spécialisés en APS en lien avec la santé, facilitant l'accueil des personnes atteintes de maladie chronique⁵⁹.

Chacun de ces partenaires a eu un rôle clé à jouer. Il s'agit d'un facteur essentiel et primordial de succès du programme.

Tableau 1 : Identification et rôle des différents acteurs du projet

Acteurs internes	Rôle
CHU de Nice	Mise à disposition des locaux, du matériel
Docteur Perbost	Coordonnateur Promoteur, Pilote du projet Investigateur Accompagnement à la co construction et à la réalisation et à l'évaluation Programmation Communication interne au CHU Diffusion du message aux patients
Médecins du CHU	Diffusion du message aux patients
Kinésithérapeute Infirmière Diététicienne Psychologue Sophrologue	Participation à l'organisation et à la programmation Diffusion du message aux patients Recrutement des participants Bilan éducatif partagé Intervention dans les ateliers collectifs et les séances d'AP Travail d'organisation et de recueil de données
CHU de Nice	Mise à disposition des locaux et des infrastructures
Association Siel bleu	Elargir l'offre d'AP Intervention dans les ateliers collectifs et les séances d'AP Entretien motivationnel individualisé/ Renforcement positif Accompagnement vers une AP durable en ville

12. Ma participation au projet

Le Docteur Sara Ferrando, médecin généraliste, vacataire au sein du service d'infectiologie du CHU de NICE, m'a informé de ce projet et a souhaité m'y associer au cours de mon stage de 6^{ème} semestre d'internat de médecine générale.

Ce terrain de stage m'a également permis de faire la connaissance du Docteur Caroline Armengau, directrice de ce travail de thèse et maître de stage ambulatoire.

Cette collaboration m'a autorisé à rejoindre l'équipe pluridisciplinaire du projet en janvier 2016, durant la phase de co-construction du programme.

En adhérant à l'équipe, j'ai pu assister aux réunions préparatoires dirigées par le Docteur Perbost.

Au cours des échanges avec les différents intervenants, des paramètres ont été définis : les types d'AP retenues, les créneaux horaires, les lieux de pratique, le matériel nécessaire et le type de communication sur l'action.

En tant qu'interne de médecine générale, mon rôle lors de ce programme de promotion de santé, a été de trouver des moyens et des outils d'évaluation des conséquences de la mise en place de ce programme sur les patients et de décrire le vécu des participants et de l'équipe intervenante. Plus spécifiquement, j'ai pu participer activement à la recherche de questionnaires, à la passation et au recueil des résultats et assister aux ateliers et entretiens.

MATERIEL ET METHODES II : EVALUATION

1. Recherche bibliographique

La recherche documentaire a été réalisée avec la base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine (NLM) Medline® ainsi que par l'interface d'accès Pubmed® et les bases de données de l'INSERM, de l'INPES, du PNNS et de l'OMS. Le sujet étant au cœur de l'actualité, ces recherches ont été complétées par des articles retrouvés via le moteur de recherche Google®, et Google scholar.

2. Recherche d'outils d'évaluation

Le choix des questionnaires a été complexe : validation de questionnaires en rapport avec notre action, simple, rapide et compréhensible.

Initialement, tous les patients inclus dans l'étude ont bénéficié :

- a) D'un questionnaire d'auto-évaluation du niveau d'activité physique hebdomadaire (d'après J. Ricci) (Annexe 7)
- b) D'un questionnaire le SF12 (12 questions) pour analyser leur qualité de vie (Annexe 6)
- c) D'un test d'évaluation de l'observance (6 questions) (d'après Girerd X.) (Annexe 6)
- d) D'un auto questionnaire réalisé par l'équipe des intervenants pour auto évaluer (Annexe 7), pour compléter les questionnaires précédant et couvrir des champs spécifiques au VIH et à notre action.

3. Critères de choix des questionnaires retenus

- a) Questionnaire d'auto-évaluation du niveau d'AP hebdomadaire :

Ce questionnaire a été choisi par le l'équipe, d'après un questionnaire de J. Ricci modifié par F. Laureyns, afin d'évaluer le niveau habituel initial d'AP des patients inclus dans le programme. Devant l'absence de questionnaire spécifique pour le VIH sur ce sujet, ce

questionnaire, recommander dans la prise en charge des néoplasies, simple et rapide a été retenu.

Le questionnaire Ricci-Gagnon englobe aussi bien les activités quotidiennes (jardinage, bricolage, ménage...) que les activités sportives et récréatives. Le score (sur 40 points) permet de déterminer si le mode de vie est sédentaire (moins de 18 points), actif (entre 18 et 35 points) ou très actif (plus de 35 points). De plus, les questions sont simples concises, et facilement compréhensibles. Il permet de mesurer l'activité physique par les activités de la vie de tous les jours⁶⁰.

L'interprétation du questionnaire est disponible en Annexe 7

b) Evaluation de la qualité de vie :

Une approche par différents questionnaires a été envisagée comme des questionnaires spécifiques de la qualité de vie chez les PVVIH comme par exemple le WHOQOL-HIV bref (31 questions) qui a l'avantage de prendre en compte la perception des patients au cours des 2 dernières semaines en possédant 5 questions spécifiques aux personnes vivant avec le VIH et permet d'explorer 6 dimensions: Physique, Psychologique, Niveau d'indépendance, Relations avec les autres, Environnement, Spiritualité/Religion.

Il existe également le questionnaire MOS-HIV qui présente 35 items incluant dix dimensions comme par exemple : la perception de la santé et de la douleur, les fonctions sociales et cognitives, la santé mentale, l'énergie, les troubles de la santé et la qualité de vie.

Mais devant des questionnaires longs et trop compliqués ceux-ci ont été écartés. Des échelles plus généralistes pour la mesure de la qualité de vie ont alors été étudiées.

Le SF 32 qui est un instrument validé et générique ; mais qui possède l'inconvénient de ne pas étudier certaines dimensions importantes pour le VIH comme le sommeil ou la sexualité, étant trop long (32 items) celui-ci n'a également pas été retenu.

Notre choix s'est finalement arrêté sur un questionnaire validé plus généraliste, le SF12 (12 questions) version plus courte et simplifiée du SF36. Cette dernière version a été acceptée par l'équipe intervenante sur le projet.

Questionnaire SF 12 (Medical Outcome Study Short Form- Questionnaires en 12 items) :

Cette échelle d'auto-évaluation de la qualité de vie est issue de la « Medical Outcome Study » (Ware and Sherbone 1992) qui était constituée initialement de 149 items. L'échelle dérivée n'en contient plus que 36, et une version raccourcie en présente 12. Ce questionnaire a été choisi en 1991 pour la traduction et l'adaptation culturelle dans 15 pays lors de la mise en place du projet IQOLA (International Quality of Assessment)⁶¹
62.

Les scores sont cotés sur 100 dans chaque catégorie. Il n'existe pas de score global, mais un algorithme permet d'obtenir deux scores :

- Un score de qualité de vie mental et social (MCS : Mental Component Summary)
- Un score de qualité de vie physique (PCS : Physical Component Summary)

Des algorithmes permettant d'obtenir des scores normés (Norm-based scoring : NBS) existent maintenant pour évaluer tous les questionnaires SF. Les NBS offrent de nombreux avantages qui s'ajoutent à celui des scores évalués de 0 à 100 utilisés avec le SF-12. Cette normalisation des scores standardise ceux-ci sur une moyenne de 50 et un écart type de 10 par rapport à la population générale.

L'intérêt international porté au questionnaire générique SF-36 a aujourd'hui mené son développement vers une adaptation dans plus de 60 pays. A ce titre, le SF-36 constitue à l'heure actuelle le questionnaire validé en français le plus utilisé⁶³. Il possède de bonnes propriétés psychométriques en termes de fidélité et de validité du construit, de surcroît dans sa version 2⁶⁴. Pour cette enquête, nous avons choisi la version 2, française du SF-12⁶⁵. Le questionnaire SF-12 peut être auto administré, proposé sur ordinateur, ou rempli par un interviewer entraîné à l'occasion d'un entretien classique ou téléphonique. Le temps de passation est de 2 à 3 minutes.

Le SF-12 se prête aux enquêtes en population générale et aux enquêtes auprès des patients. L'interprétation du questionnaire est disponible en Annexe 8.

c) Evaluation de l'observance

Une méthode d'évaluation de l'observance a tout d'abord été recherchée.

Les avantages, les inconvénients et le risque de subjectivité des différentes méthodes de recueil sont listées dans le tableau suivant⁶⁶.

Tableau 2: Méthodes d'évaluation de l'observance

Méthode	Avantage	Inconvénient	Risque de subjectivité
Évaluation du médecin	Simple, économique ; n'exige aucun outil structuré	Subjective, peu précise : estimations compromises par la relation médecin-patient	Pas de subjectivité particulière L'étude a montré des estimations correctes dans seulement 40 % des cas
Auto-communication par le patient	Évaluation qualitative simple et économique	Subjective, peu précise : souvenir flou du patient, manque d'honnêteté	Surestime l'observance Actuellement, méthode la plus utilisée
Décompte des pilules	Simple, économique, objectif	Mise au rebut de pilules, partage de pilules, heure de prise des doses inconnue, flacons nécessaires	Surestime l'observance
Dossiers d'archive de renouvellement d'ordonnance des pharmacies	Objective	Mise au rebut de pilules, partage de pilules, heure de prise des doses inconnue ; bonne tenue des dossiers d'archive, suivi des patients et heures supplémentaires nécessaires	Surestime l'observance
Surveillance de taux des médicaments	Objective	Coûteuse, exige des analyses de laboratoire, invasive, heure de prise des doses inconnue ; profil pharmacocinétique de population nécessaire ; temps de circulation courts pour la plupart des antirétroviraux	Surestimation ou sous-estimation, selon le comportement juste avant le test ; variantes génétiques dans le métabolisme des médicaments
Surveillance électronique des médicaments	Objective ; données sur l'heure de prise des doses, surveillance sur de plus longues périodes	Mise au rebut de pilules, partage de pilules, heure de prise des doses inconnue	Sous-estime l'observance ; soustraction de plusieurs doses pour une prise ultérieure

Toutes les méthodes d'évaluation de l'observance s'appuient sur les déclarations du patient et sont soumises à sa volonté, elles mesurent des aspects différents en sachant qu'aucune ne possède toutes les propriétés idéales. Pour l'infection VIH, il n'existe pas de méthodes d'évaluation standard.

Le choix d'un questionnaire pour évaluer l'observance a été validé après une réflexion approfondie. En effet, c'est la méthode la plus utilisée elle est simple et économique. Un questionnaire pour l'évaluation de l'observance a ensuite été recherché.

Un questionnaire spécifique à la pathologie étudiée ont été recherchés. Le questionnaire Stages of Change for Adherence with Medication Regimens for Chronic Disease (C. WILLEY ET AL), validé dans le VIH et l'hypertension portant sur 2 items a été écarté car disponible seulement en anglais et ne s'intéressant qu'à l'intentionnalité d'être ou de devenir observant et non à l'observance actuelle.

Ainsi un questionnaire, très simple rapide et validé avec 6 questions fermées, recommandé en pratique courante chez les MG par l'assurance maladie a été retenu (d'après Girerd X.)^{67 68}. L'interprétation du questionnaire est disponible en Annexe 9.

Test d'évaluation de l'observance :

Ce test d'autoévaluation est issu d'une étude réalisée en 2001 pour évaluer l'observance à un traitement antihypertenseur en tenant compte de la prévalence des difficultés d'observance de ces traitements. Six questions fermées ont été retenues pour former le test d'évaluation de l'observance. L'analyse des concordances des réponses permet de définir l'observance des patients notée mauvaise, minime ou correcte.

Ce test est actuellement recommandé par l'assurance maladie pour évaluer l'observance médicamenteuse par le MG⁶⁹.

c) Auto questionnaire réalisé par l'équipe des intervenants (Annexe 7)

(échelle analogique de 0 à 10)

Ce questionnaire a été créé pour auto évaluer avec l'aide d'échelles analogiques (de 0 à 10), la perception de la qualité de vie, du niveau d'anxiété, du niveau de dépression, de l'image corporelle, du sentiment de confiance en soi, de l'assurance dans la vie quotidienne, de la perception favorable de la santé, des relations sociales, de la vie affective et sexuelle, de la capacité à former de nouveaux projets, de la motivation pour l'AP et de la capacité à élever son niveau d'AP.

4. Passation des questionnaires

Après chacune de nos interventions :

Un questionnaire de satisfaction (échelle analogique de 0 à 10) sur la séance dans son ensemble, sur l'intervention des animateurs, sur les outils utilisés, a été proposé pour avoir un feedback des participants et ainsi nous permettre de réadapter notre programme si nécessaire.

A la fin des 3 ateliers collectifs :

Un bilan d'étape a été intégré permettant d'évaluer l'investissement des patients dans le projet ainsi que la cohésion du groupe.

Un bilan a été réalisé à la fin des 6 séances d'AP comprenant :

- Un questionnaire le SF12 (12 questions) pour analyser leur qualité de vie
- Un test d'évaluation de l'observance (6 questions)
- Un questionnaire spécifique au programme « je bouge ! » (Annexe 7)

La distribution des questionnaires s'est effectuée au début du premier atelier et à la fin de chacune de nos interventions.

Afin de faciliter le traitement et le suivi des données, un carnet individuel pour chaque patient a été réalisé (Annexe 7).

5. Ateliers collectifs d'entretiens qualitatifs et reunion de l'équipe

Lors des ateliers collectifs et des entretiens qualitatifs, un recueil des *verbatim* a été réalisé des patients et des soignants au cours du programme.

Nous avons pu recueillir le point de vue des professionnels intervenants du programme tout au long de l'étude grâce à de nombreuses restitutions lors des réunions.

La méthode qualitative est particulièrement appropriée à l'étude des opinions, à la compréhension des comportements et des pratiques des individus. Ces ateliers ont été pertinents pour réaliser cette étude ; ils nous ont permis de comprendre le point de vue des patients et ainsi d'appréhender au mieux leurs attentes en fonction du contexte personnel du patient, une façon d'aborder leur subjectivité. Rappelons que les méthodes

qualitatives ont pour but de comprendre plus que de décrire systématiquement ou de mesurer.

6. Indicateurs complémentaires

a) Test de Ruffier, poids, IMC

Les patients ont bénéficié d'un test de Ruffier et Dickson, test physique qui permet d'évaluer l'aptitude d'une personne à la pratique sportive.

Ces tests simple et rapide permettent de sensibiliser et d'impliquer le patient dans son AP. La mesure du poids et de l'IMC ont été mesurés avant la mise en place et après les 6 séances d'AP.

b) Assiduité et motifs d'arrêt

Une fiche d'émargement a été réalisée au début de chaque intervention, nous avons également noté les motifs de sortie du programme.

7. Recueil et saisie des données

Un questionnaire a été distribué à l'ensemble des PVVIH, chaque question a été numérotée ainsi que chaque réponse. Les questionnaires ont été numérotés afin de pouvoir contrôler la saisie. La saisie a été réalisée de manière manuelle par mes soins sur Excel.

8. Analyses statistiques

Les caractéristiques des participants à l'AP ont été comparées avant pendant et après l'intervention, par test de Wilcoxon, pour obtenir des données appariées et avec l'aide du Docteur Florian Ajmia, médecin de santé publique, pour l'interprétation des résultats.

RESULTATS

1. Analyse descriptive

a) Description des patients

Caractéristiques de la population étudiée :

- 16 patients recrutés

Un patient a été recruté initialement puis finalement exclu rapidement de l'étude à cause d'une hospitalisation. Il n'a pu participer et bénéficier du programme du fait de ses difficultés de santé.

Les résultats présentés dans ce travail se concentrent donc sur les 15 patients participants.

- Âge moyen : 54 ans [extrême: 44-69 ans]
- Tous les patients bénéficient d'un suivi médical régulier et d'un TAR adapté.
- Sex Ratio : 10 Femmes : 66.67% / 5 Hommes : 33.33%
- IMC moyen: 25.3 [extrême: 21.3-32]
- 8 patients SIDA : 53.33%
- Durée de la séropositivité VIH : 25.5 ans [extrême: 5-32 ans]
- 9 patients présentant une coinfection VIH-VHC : 60%
- 100% des patients recrutés non pas d'activité professionnels (certains sont très impliqués dans des associations de patients)

Mode de contamination par le VIH :

- Hétérosexuel : 4 patients 26.67%
- Homo ou bisexuel : 1 patient 6.66%
- Toxicomanie : 10 patients 66.67%

Tableau 3: Pathologies associées au VIH dans la cohorte

Pathologie	Nombre de patient présentant la pathologie	% sur la cohorte
Hypertension artérielle	4	26.67
Diabète	2	13.33
Dyslipidémie	7	46.67
Tabagisme actif	8	53.33
Tabagisme sévère ou non fumeur	6	40
Dépression	9	60
Antécédents de néoplasie	7	46.67
Ostéoporose	4	26.67
Insuffisance rénale	1	6.67

Tableau 4: stade CDC des patients

(Classification CDC d'Atlanta disponible en Annexe 10)

Stade / nombre de patients pour chaque stade	A	B	C
1	0	0	0
2	1	3	2
3	2	1	6
4	0	0	0

Tableau 5: Bilan immunovirologique des patients (moyenne de la cohorte)

NADIR CD4	135,67
Dernier CD4	585.67
Charge virale \leq 40 copies/ml	13 patients (86.67%)

Nous avons constitué de 2 groupes de patients afin d'avoir une approche personnalisée et conviviale dans des locaux adaptés.

Les 2 groupes ont bénéficié du même programme d'ETP.

Tableau 6: Caractéristiques des 2 groupes

	NOMBRE DE PATIENT	HOMME	FEMME	AGE MOYEN
GROUPE 1	7	2	5	52.9
GROUPE 2	8	3	5	55

Indice de Ruffier et de Dickson

- Indice de Ruffier moyen : 3.64 montrant une bonne adaptation à l'effort
- Indice de Dickson moyen : 2.1 montrant une bonne capacité de récupération.

Auto-évaluation initiale du niveau d'activité physique hebdomadaire

- La population de la cohorte est plutôt sédentaire avec une moyenne du score d'autoévaluation du niveau d'activité physique à 16,73/45.

Poids

Poids moyen au début de l'étude : 74.25 kilogrammes

Poids moyen à la fin de l'étude : 73.71 kilogrammes

Ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs.

Tableau 7 : comparaison de la cohorte vis-à-vis des PVVIH suivi en PACA Est (Est Var et Alpes Maritimes)

	Population de l'étude	PVVIH suivi en PACA Est ⁷⁰
Age moyen (années)	54	49.99
Hommes (%) dans la population	33.33	71.50
Stade SIDA (%)	53.33	19.79
Durée du VIH (années)	25.5	16.48
Co infection VIH- VHC (%)	60	22.7
HTA (%)	26.67	14.23
Diabète (%)	13.33	5.29
Dyslipidémie (%)	46.67	25.72
Tabagisme actif (%)	53.33	39.65
Dépression (%)	60	18.98
Antécédent de néoplasie (%)	46.67	9.37
Ostéoporose (%)	26.67	8.49
Insuffisance rénale (%)	6.67	2.69

b) Assiduité des patients :

Tableau 8 : Présence des patients aux différentes étapes du programme

	Atelier 1	Atelier 2	Atelier 3	3 séances d'aquagym	3 séances de remise en forme
Groupe 1	100%	100%	85%	42%	57%
Groupe 2	100%	100%	63%	92%	75%

La plupart des absences ont été « justifiées » par des problèmes de santé ou par des contraintes personnelles.

L'adhésion des patients au programme a été importante. De façon globale, l'assiduité a été très bonne, par rapport aux autres ateliers et programmes d'ETP VIH proposés par le service d'infectiologie du CHU de Nice²⁹.

Le faible pourcentage d'assiduité du premier groupe aux 6 séances d'AP s'explique par le fait qu'une patiente n'y a pas pris part pour raison médicale (lombalgies invalidantes). Cette patiente est très désireuse de poursuivre le programme et d'être accompagnée pour une insertion sportive en ville.

La 3^{ème} séance de remise en forme a été reportée pour le deuxième groupe à plusieurs reprises à cause d'un accident de travail de l'animatrice. Ainsi une seule patiente du groupe a pu en bénéficier. Ceci explique pour ce groupe le pourcentage faible de participation aux séances de remise en forme. Aucun patient n'a fait part de son désir d'arrêter le programme.

c) Evaluation de la satisfaction du programme

Pour les ateliers collectifs, de nombreux critères sur la satisfaction de notre approche ont été évalués : le niveau de satisfaction global ; la satisfaction envers les intervenants et envers les outils d'animation utilisés ; la qualité des échanges et des ressentis ; la qualité de la séquence activité physique.

La moyenne sur 10 de tous les critères évalués est présentée ci-dessous :

Ateliers 1 : 9.16/10

Ateliers 2 : 8.17/10

Ateliers 3 : 8.63/10

Les 6 séances d'AP ont permis de faire évoluer favorablement le projet des patients : 7/10.

La satisfaction globale de toutes les étapes de notre intervention est très encourageante.

L'atelier 2 s'articulant autour de la sophrologie et de l'approche psychologique de l'AP, cet atelier possède le niveau de satisfaction globale le plus faible 7.53/10. Le groupe 1 a été moins intéressé par la sophrologie que le 2 : 7.57 vs 8.62 /10.

d) Evaluation de la qualité de vie : score de qualité de vie mental et social et score de qualité de vie physique

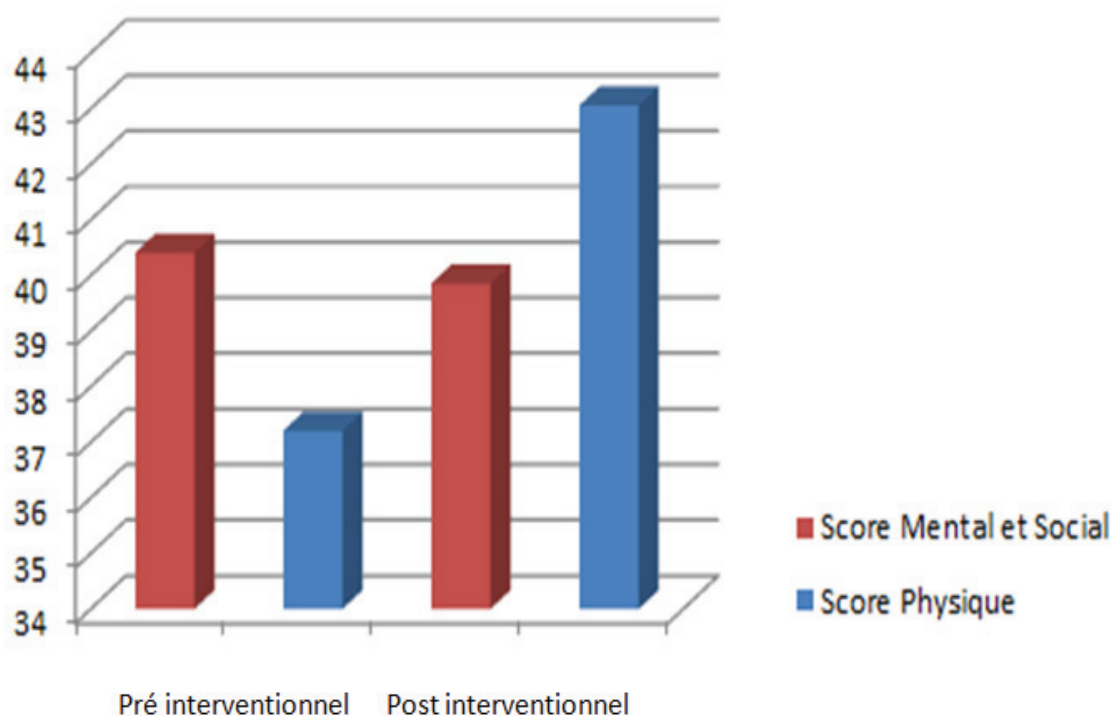


Figure 2 : Evolution du score de qualité de vie physique, mental et social au cours du projet

Notre étude n'a pas montré d'amélioration du score de qualité de vie mental et social au cours de notre intervention : 40.41 en début d'intervention et 37.21 en fin d'intervention.

Néanmoins, elle a permis une amélioration de la qualité de vie physique des participants : 39.86 en début d'intervention et 43.06 en fin d'intervention. L'analyse statistique des résultats (petit p) n'est pas significative.

e) L'observance médicamenteuse

L'amélioration de l'observance médicamenteuse chez les patients au cours de l'étude n'a pas pu être objectivée au travers des résultats. Les patients ont présenté des résultats permettant de les considérer comme non observant mineur :(c'est-à-dire avec un score situé entre 1 et 2 / 6) 1.85/6 en début d'intervention et 1.83/6 à la fin de notre intervention. L'analyse statistique de ces résultats n'a pas pu montrer une significativité statistique pour les résultats de la cohorte pré et post interventionnels.

f) Evaluation complémentaire des champs spécifiques au VIH, auto-questionnaire (résultats quantitatifs disponible en Annexe 11)

Moyenne des résultats pour l'ensemble de la cohorte :

Notre intervention a aidé les patients dans leur projet de reprise d'AP : 7.5/10.

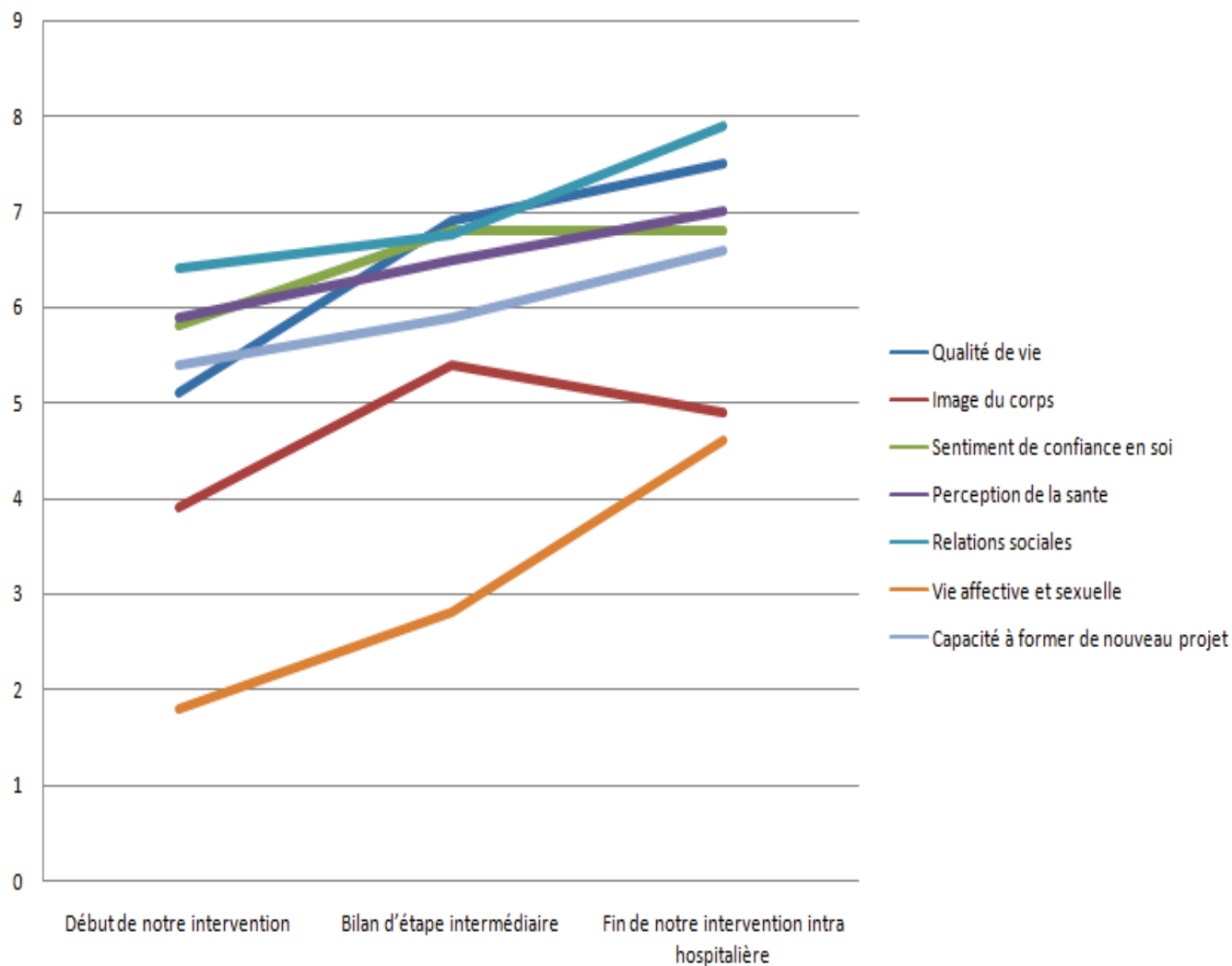


Figure 3 : Evolution de la qualité de vie, l'image du corps, la confiance en soi, la perception de la santé, les relations sociales la vie sexuelle et affective, la capacité à former de nouveau projet au cours de l'intervention

Au cours de l'étude, on note une amélioration notable de nombreux critères comme la qualité de vie, de l'image du corps, de la confiance en soi, le sentiment de bonne santé les relations sociales la vie affectives et sexuelle ainsi que la capacité à former de nouveau projet.

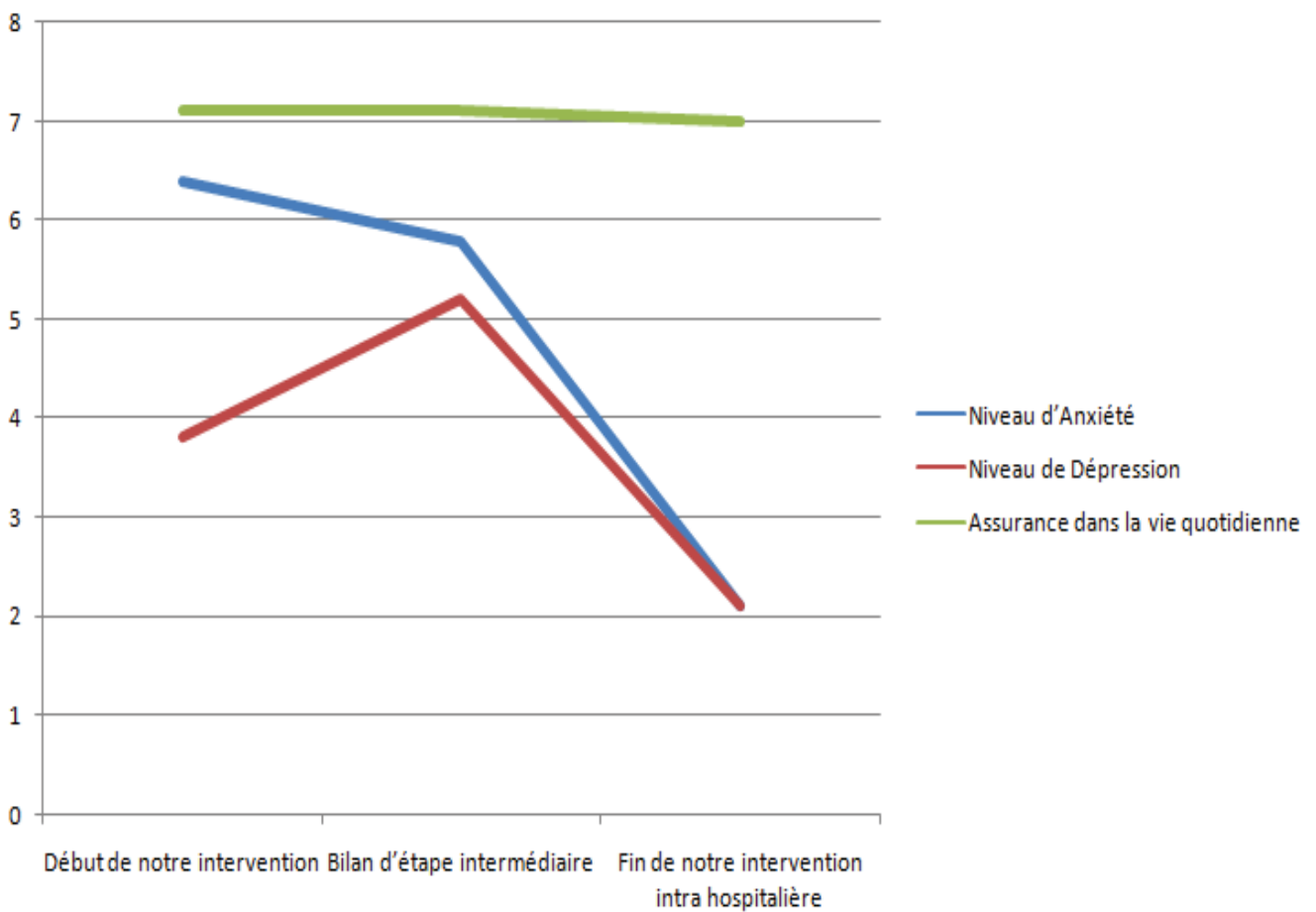


Figure 4 : Evolution du niveau d'anxiété, de dépression, et de l'assurance dans la vie quotidienne au cours de l'intervention.

On constate également une baisse importante du niveau d'anxiété et de dépression. Le niveau d'assurance reste stable.

Une augmentation isolée du niveau de dépression a pu être constatée au bilan d'étape intermédiaire.

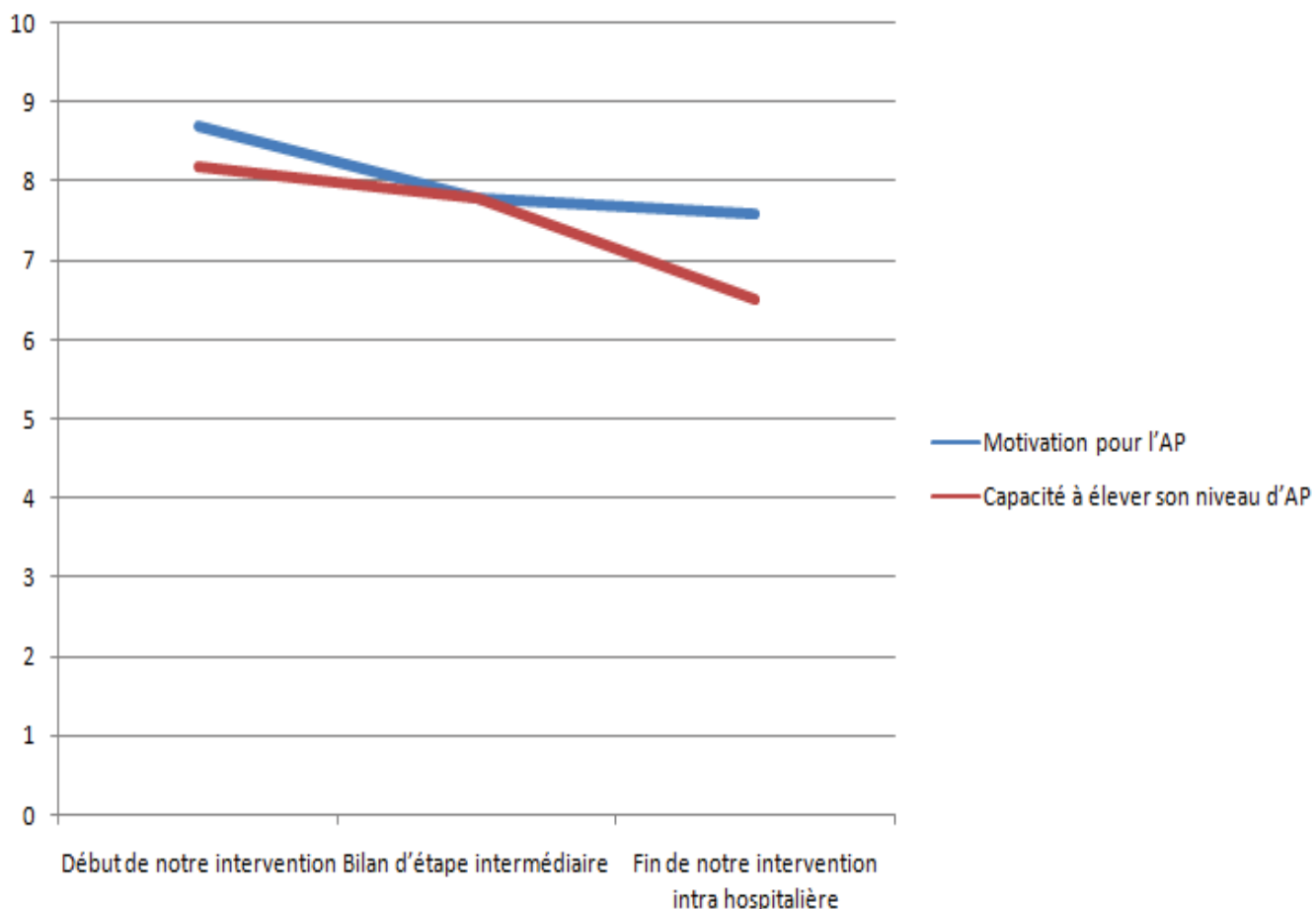


Figure 5 : Evolution de la motivation pour l'AP et la capacité d'élever son niveau d'AP au cours du programme.

Ces résultats ont été comparé statistiquement entre le début de l'intervention et le bilan d'étape après les ateliers, puis entre le début et la fin, avec un petit p non significatif.

Au niveau des groupes étudiés

L'adhésion au groupe a permis un soutien pour les patients au cours du programme (7/10).

Le groupe 1 est plus sédentaire et plus jeune que le groupe 2 : moyenne du score d'autoévaluation du niveau d'AP à 14.4 vs 19, âge moyen 52.8 vs 55 ans.

- Le groupe 1

Le bilan d'étape de notre intervention montre que le groupe 1 a significativement présenté de meilleures relations sociales que le second groupe (**7.72 vs 5.4**) ($p=0.04$).

Ce groupe avait tout au long de l'étude une qualité de vie, des relations sociales et une capacité à élever son niveau d'AP plus importante que le 2^{ème} groupe.

- Le groupe 2

En début d'évaluation, ce groupe possède une image du corps plus satisfaisante que le groupe 1 et ceci de manière significative (**4.88 vs 2.78**) (**p=0.02**) et a conservé cette meilleure image corporelle tout au long de l'étude.

Au bilan d'étape ce groupe présente une meilleure confiance en soi de manière significative (**8 vs 6**) (**p=0.02**).

Sexe

Les femmes sont plus actives que les hommes : moyenne du score d'autoévaluation du niveau d'AP à 17.8/45 vs 14.6/45, elles sont en moyenne plus jeunes : 53.2 ans vs 55.6.

Les hommes ont toujours été plus satisfaits que les femmes tout au long de notre intervention.

g) Présomption scientifique :

Selon la gradation des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS) le niveau de preuve scientifique de notre étude est faible (grade C).

2. Partie analytique

a) Point de vue des patients « je suis malade mais je ne suis pas la maladie »

Des comptes rendus fidèles des patients, sous forme de verbatim, ont été recueillis au cours des différents ateliers, entretiens et séances d'AP.

Ressenti des patients vis-à-vis du programme

Les patients adhérents au programme ont trouvé la démarche intéressante. Ils cherchaient un « *déclic* » pour sortir d'un « *cercle vicieux* » leur permettant de prendre soin d'eux en retrouvant un rythme et un équilibre de vie.

- « *On peut faire ce que l'on faisait avant* »
- « *...penser à autre chose qu'à la maladie* »
- « *Prise de conscience* »

Objectifs pour les patients et effets attendus :

- Amélioration de la qualité de vie :
 - Combattre « *l'anxiété, l'angoisse, la colère et le stress* », agir sur le « *moral et l'optimisme* ».
 - Augmenter « *la mémoire et les fonctions cognitives* »
 - « *Améliorer l'activité sexuelle* »
 - « *Agir sur la confiance en soi* »
 - « *Avoir des bénéfices cardiovasculaires* »
 - Perte de poids, « *garder la forme sans garder ses formes* »
 - Hygiène de vie
 - Agir sur l'équilibre psychologique « *faire une activité physique que l'on aime* »
 - Améliorer l'estime de soi
 - Sortir de la solitude
 - Lutter contre la fatigue, améliorer la qualité du sommeil et le moral
 - Faire de nouvelles rencontres
 - Eviter de penser à la maladie
 - Rechercher le bien-être et la détente
 - « *Bouger* »
 - Esthétisme du corps
 - « *Renforcement du système immunitaire* »
 - « *Prendre du plaisir en retrouvant la joie de vivre pour aimer son corps* »
 - Sortir de la « *douleur de vivre* »
 - agir sur les « *neuropathies périphériques* »
 - se « *libérer de ce corps qui ne correspond plus à l'âme* »
 - effet antalgique de l'AP
 - Faire une AP pour éviter de prendre des substances stupéfiantes

Conséquences attendues sur le plan social

Le programme est un élément clé pour « *sortir de la solitude* », « *du confinement* », de l'oisiveté et « *de l'isolement de son domicile* » en partageant un « *moment d'échange* ». Cette intervention permet de mettre un terme à « *la sédentarité* ».

L'hôpital

Les patients décrivent l'hôpital comme un « *cocon* » où « *la confiance, l'harmonie et l'espoir* » sont essentiels. « *L'écoute, l'attention, le non jugement* », l'absence d'ostracisme, « *de gêne* » sont synonymes « *d'apaisement* ». L'hôpital est considéré comme « *le meilleur endroit pour commencer une nouvelle étape dans sa vie* ».

La confiance envers l'équipe hospitalière est importante pour fixer des « *objectifs raisonnables* » avec des « *efforts progressifs et réguliers en prenant compte du temps nécessaire à la progression* ». « *L'accompagnement, les conseils* » et le compagnonnage sont des moyens indispensables à la réussite du projet au sein de la structure hospitalière.

Agir sur les traitements

Ce programme permet de « *lutter contre les effets indésirables des traitements : les effets psychologiques, sur le moral et sur la fatigue, supporter les traitements et leur accumulation* ».

Craintes et Limites du programme

- « *Peur de la souffrance corporelle et d'augmenter la douleur physique déjà présente* »
- « *Etre limité dans les AP et ne pas avoir un tonus et une capacité pulmonaire suffisante* »
- « *Crainte de se blesser, de ne pas être capable, de ne pas y arriver* »
- « *Appréhension de ne pas pouvoir venir d'être absent à cause de problèmes de santé* »

c) Point de vu des intervenants

Avantages du programme

- « *Bon niveau d'implication et participation des patients* »
- « *Une assez forte motivation des participants en général* »
- « *Grande liberté de parole avec des échanges de qualité et riches, correspondant à un réel besoin.* »
- « *Importance de la confiance : les patients ont confiance dans les propositions des soignants qu'ils connaissent et adhèrent au programme car les activités sportives sont effectuées au départ au sein même de l'hôpital, dans un milieu sécurisant.* »
- « *Moment agréable pour les patients et l'équipe* »
- « *Etablissement de relations interpersonnelles, rupture de l'isolement* »
- « *Dynamique positive de groupe* »
- « *Satisfaction des participants : les patients sont enthousiastes vis-à-vis de nos interventions et réclament souvent plus d'AP* »

Limites

- « *Complexité à construire un projet individuel en groupe* » en effet, lors du 3eme ateliers les patients ont bénéficié de la mise en place d'objectifs pour un retour durable a l'AP avec définition du projet individuel de retour a l'AP le plus réalisable possible
- « *Impatience des patients qui veulent une séance exclusivement dédiée à l'AP* »
- « *Consultation médicale de MPR préalable trop tardive dans le programme* »
- « *Certains patients présentent une expression plus limitée, verbalisent difficilement les freins rencontrés* »
- Au cours du bilan post interventionnel, on a pu constater que ce projet avait permis d'aider les patients à passer d'une activité physique intra hospitalière à une activité extra hospitalière « *en fonction des désirs et des contraintes de santé et financières de chacun* ».
- On a observé une « *amélioration de l'autonomie, de la qualité de vie et de la prévention chez les participants par la pratique d'activités motrices régulières* ».

Vécu des intervenants

- La multidisciplinarité et la co-animation apportent de la « *richesse* »
- Le vécu est généralement « *agréable* » pour les soignants
- Cette expérience a permis aux soignants de MPRF de « *mieux comprendre* » les participants et « *leurs vécus* ».

Cette étude a permis à 2 services hospitaliers de coopérer de façon remarquable, service d'infectiologie et de MPRF, CHU de Nice, Hôpital Archet 1.

Les soignants de MPRF non habitués à la prise en charge des PVVIH ont appris sur cette pathologie et découvert un lien riche avec ces patients.

Il nous a semblé évident dès le début de l'intervention que la notion de groupe était un élément majeur dans le programme même si parfois il a été nécessaire de soutenir certains patients plus en retrait.

Le 2^{ème} groupe a été perçu par de nombreux intervenants comme plus motivé que le premier avec un bon niveau d'implication des patients et une grande liberté de parole et des échanges.

c) Amélioration de ma pratique professionnelle

Ce programme d'ETP m'a permis d'améliorer ma pratique dans l'éducation du patient, en tenant compte de la prévention individuelle et collective grâce à une approche centrée sur le patient. Une communication adaptée m'a permis de renforcer la relation médecin malade en tenant compte de la complexité des PVVIH. Un transfert dans ma pratique future de cette expérience va me permettre d'améliorer le suivi et la coordination des soins des PVVIH que je pourrais être amené à prendre en charge mais également pour les patients porteurs de pathologies chroniques.

DISCUSSION

1. Discussion sur la méthodologie

Echantillonnage et recrutement

Les critères d'inclusion à l'étude ont été respectés. L'échantillon compte 16 participants, du fait de sa petite taille il ne peut pas être représentatif de la population des PVVIH suivi au CHU de Nice.

Analyse des données

Devant le faible nombre de patients et l'utilisation exclusivement intra hospitalière des données une anonymisation n'a pas été réalisée.

Analyse de biais

- de sélection tous les PVVIH consultant dans le service ont été invités à participer au programme
- d'intervention et de suivi, les groupes ont été reparti au hasard et ont bénéficiés du même suivi et du même programme d'ETP.
- de confusion : absence de restriction de la population d'étude hormis l'inaptitude à l'activité physique.
- de mesure d'information et de classement nous avons tenté de limiter les biais de mesure en réalisant des questionnaires remplis par les patients eux même sans effectuer de changement de méthode de mesure en cours d'enquête et entre les groupes.
- d'analyse et d'interprétation La difficulté de l'analyse des verbatim est de ne pas trahir la pensée des participants en évitant les biais d'interprétation. Nous avons tenté de retranscrire le plus fidèlement possible les idées exprimées. Toutes les citations relatives à un même thème n'ont pas été reprises par souci de clarté, nous avons retenu les plus courtes et les plus explicites.

2. Discussion sur les résultats

La population étudiée :

La population de notre cohorte présente de nombreux facteurs de fragilité et de comorbidités par rapport au reste de la population suivie en PACA Est. De plus il est important de noter l'absence de certaines données pour des patients inclus (par exemple HTA, dyslipidémie...). Ainsi, la population recrutée est particulièrement fragile et vulnérable.

Tous les patients inclus sont traités pour leur VIH avec de très bons résultats virologiques et immunologiques.

Au vu du nombre important de PVVIH ayant développé le SIDA dans notre cohorte, une détérioration des capacités physiques est à prendre en compte dans l'analyse des résultats⁴⁹. Ainsi, leur capacité pour l'AP a pu être plus limitée que dans la population générale des PVVIH.

Les PVVIH inclus n'ayant plus d'activité professionnelle du fait de leur pathologie, sont plus disponibles pour les programmes d'ETP proposés. Ils sont plus vulnérables d'un point de vue social car ils bénéficient de revenus issus d'invalidité ou d'allocation adulte handicapée, ce qui les situent en dessous du seuil de pauvreté.

Les femmes ont majoritairement mieux adhéré à l'offre du programme.

Le mode de contamination par le VIH :

Notre population étudiée présente un mode de contamination par usage de drogues plus important que dans la population générale des PVVIH de PACA Est [66.67% vs 38.59%] et un mode de contamination par des rapports homo ou bisexuels [6.66% vs 38.59 %] et par des rapports hétérosexuels [26.67% vs 37.78%] plus faible⁷⁰.

Le poids

Notre étude a montré une influence favorable sur la perte de poids.

L'intervention d'APA a permis de mettre l'accent sur de nombreuses mesures hygiéno-diététiques qui doivent être intégrées dans une démarche préventive poursuivie toute la vie, quel que soit le stade évolutif d'une maladie chronique. L'intervention d'une diététicienne a permis de rappeler aux participants des règles hygiéno diététiques telles que : la nécessité d'une bonne hydratation, d'une diminution de la consommation de sel du tabac et d'alcool, l'adoption d'une alimentation équilibré, l'ensemble de ses mesures ont permis une réduction du poids⁷¹.

Niveau d'activité physique initiale

Les patients inclus présentent une sédentarité importante.

Le programme a donc permis un ciblage adapté des PVVIH les plus inactifs.

L'observance médicamenteuse

Notre intervention n'a pas montré d'amélioration de l'observance. Mais il est important de souligner le niveau satisfaisant d'observance de la cohorte.

La courte durée de l'intervention, le faible effectif et l'absence de lien actuel entre l'AP et l'observance peuvent expliquer l'absence d'amélioration sur cette variable.

Il nous a semblé important d'évaluer le niveau d'observance de notre cohorte pour de nombreuses raisons :

Tout d'abord, pour évaluer l'observance initiale, mais également pour évaluer l'influence de ce programme d'AP sur l'observance. Aucune étude ne s'y étant intéressé pour l'instant, de nouvelles approches sont donc nécessaires pour induire une meilleure fidélité aux prescriptions.

L'observance est un processus dynamique qui a besoin d'être constamment renforcée par une équipe pluridisciplinaire.

Notre intervention a permis de prendre en charge des pathologies concomitantes et d'améliorer les rapports de confiance réciproque, de disponibilité, et de partenariat entre les patients et les soignants, tout en améliorant l'écoute et en réduisant les obstacles de la vie quotidienne. Ces actions sont nécessaires afin de poursuivre une observance optimale¹⁸.

Amélioration de la qualité de vie physique

Une amélioration, comparable aux données de la littérature, a été constaté concernant la qualité de vie physique^{8 9 10 11 12}.

Les soins para médicaux comme faire de l'exercice peuvent contribuer à conserver une bonne qualité de vie⁹.

Evaluation complémentaire des champs spécifiques au VIH (auto-questionnaire)

Une amélioration en adéquation avec les données de la littérature a été constaté pour la qualité de vie, l'anxiété, la dépression, l'assurance et la confiance en soi^{8 9 10 11 12} et l'aspect esthétique^{37 38}.

Dans notre étude comme dans la littérature l'AP permet de créer un lien social et une intégration au sein d'un groupe⁹.

L'augmentation du niveau de dépression au bilan intermédiaire pourrait s'expliquer par la richesse et la qualité des échanges des ateliers, l'implication importante des patients qui a pu les amener à s'interroger sur leur état de santé mental et psychique.

Il est possible que les patients très motivés pour le programme aient, au fil de nos interventions, atteints leurs capacités physiques maximales vis-à-vis des AP proposées. Ainsi leurs capacités à élever le niveau d'AP a diminué au cours de l'intervention.

Leurs motivations ont pu diminuer devant une absence de progrès une fois le palier de leurs capacités physiques maximales atteintes. On peut aussi être amené à penser que des difficultés organisationnelles du programme (report de certaines séances d'AP) ont pu influencer la motivation.

Une réévaluation à distance des critères étudiés est nécessaire devant la courte durée de notre intervention intra hospitalière. Lors de la phase extra hospitalière une étude sera réalisée afin d'estimer l'évolution des critères évalués.

Effet du groupe

Le groupe représente un élément fort du programme pour les participants, il a été un facteur d'adhésion à l'inscription au programme. Il permet de faire connaissance entre PVVIH et de partager leurs expériences de vie. Le groupe est vecteur d'une dynamique

motivationnelle : « *Être tous VIH, est une force on a tous un même niveau, on est sur un même plan d'égalité* ».

3. Atouts de ce programme

Cette intervention a permis de :

- Cibler une population de PVVIH sédentaire, vulnérable, socialement isolée, et éloignée de l'AP.
- Avoir un bon niveau d'implication des patients avec une grande liberté de parole et des échanges de qualité
- Satisfaire les participants
- Mettre en valeur l'importance de la confiance des patients entre eux, et envers les soignants, au sein même de l'hôpital, dans un milieu sécurisant
- Constater l'impact de l'accompagnement de l'équipe soignante.
- Voir des résultats rapides et importants sur la qualité de vie, l'image corporelle, la confiance en soi, la vie affective et / ou sexuelle
- Construire un projet de reprise d'AP grâce aux 3 ateliers (7.9/10)
- Avoir un soutien du groupe (8.25/10)
- Motiver les participants pour l'AP (8,7/10)
- Exprimer le ressenti des patients (8.49/10)

Aucun patient n'a souhaité quitter le programme et une bonne participation et un faible taux d'absentéisme ont été constatés.

Attentes et vécus des patients

Les objectifs et le vécu des patients sont comparables avec les données de la littérature exposées dans la première partie de ce travail.

Les patients ont pour objectifs d'améliorer la qualité de vie, le niveau d'anxiété, le stress, le moral, l'estime de soi, l'apparence physique et le système immunitaire^{8 9 10 11 12 36}.

Ils ont le souhait d'améliorer l'aspect corporel en agissant sur la lipodystropie ou la perte de poids¹².

Sexualité

Les patients ont souhaité une action du programme axée sur leur sexualité et ont présenté une amélioration de leur vie affective et sexuelle au cours de l'étude.

Ainsi notre intervention est en rapport avec les recommandations de prévention centrée sur les besoins des PVVIH, en prenant en compte la santé sexuelle²⁸.

Le programme

- La gratuité :

Elément indispensable du programme, facilitateur de l'adhésion, il a permis aux patients aux revenus souvent faibles de pouvoir accéder aux AP. Trois patients ont pu bénéficier d'aides financières pour le transport et/ou pour l'achat de matériel.

La phase de passage de l'activité intra hospitalière à l'activité physique extrahospitalière a toujours été une préoccupation pour nous connaissant les difficultés financières de nombreux patients. Nous avons donc essayé depuis février 2016 de monter un dossier de financement auprès de partenaires privés (Laboratoire pharmaceutique) pour qu'une AP en ville coachée par l'association Siel bleu puisse être financée à la suite de notre programme « Je bouge ! », dans le but de maintenir la motivation des patients. Dans cette perspective, les patients devraient participer financièrement à cette activité : 1 euro symbolique. A ce jour, le dossier reste en examen par le partenaire.

- L'hôpital :

Ce cadre rassurant est à prendre en compte. En effet, devant la fragilité des patients une mauvaise expérience à l'extérieur de l'hôpital pourrait être ressentie comme traumatisante ou angoissante. Notre projet vise donc à les accompagner également au début de cette nouvelle étape.

4. Pistes d'amélioration

- Les participants rapportent une forme d'impatience à réellement commencer l'AP à l'issue du 2ème atelier collectif. Ils décrivent une sorte de frustration à attendre après le 3ème atelier pour entrer vraiment dans le "vif du sujet". De ce fait l'équipe

envisage de réduire un peu le nombre d'ateliers collectifs en passant de 3 à 2 ateliers.

- Il nous a paru complexe de construire un projet individuel en groupe lors du 3^{ème} atelier ainsi un entretien individuel semble plus adapté à ce type de travail.
- La consultation de MPRF a été réalisée après les 3 ateliers ceci a été vécu comme un facteur de stress important pour de multiples raisons : consulter dans un nouvel environnement en dehors du service d'infectiologie où les patients ont leurs repères, leurs habitudes et une connaissance de l'équipe soignante, mais aussi une appréhension à ne pas être apte à l'AP. Ainsi il nous paraît opportun de réaliser cette consultation plus tôt dans l'étude.
- Si nos résultats obtenus sont similaires aux données de la littérature, une cohorte plus importante est nécessaire afin d'obtenir des résultats statistiquement significatifs. Cependant, cette possibilité semble peu adaptée à ce type d'intervention personnalisée.
- Des problèmes organisationnels ont nécessité le report de certaines séances d'AP. Un nombre plus important d'intervenant dans l'AP nous semble nécessaire afin de palier à d'éventuelle absence.
- Une implication du MT nous semble nécessaire pour maintenir la motivation vis-à-vis de l'AP extra hospitalière.

5. Perspectives du projet

La majorité des patients de la cohorte a bien l'intention de continuer son AP. Ainsi plusieurs participants sont d'ores et déjà inscrits dans une salle de sport, certains pratiquent déjà une AP en ville avec des compagnons de sport rencontrés au cours du programme. D'autres ont acquis du petit matériel sportif leur permettant de reproduire à domicile les mouvements appris lors des séances.

Un suivi rapproché des patients lors de la prochaine étape est indispensable pour mener à terme ce projet novateur. Deux nouveaux groupes ont été recrutés et bénéficieront du programme « Je bouge ! » à partir de septembre 2016. L'ARS PACA devrait poursuivre son soutien en 2017 pour pouvoir recruter 4 groupes de PVVIH l'année prochaine.

CONCLUSION

Nous avons atteint les objectifs définis en début de programme. Notre étude a permis de mettre en évidence l'influence de L'AP sur la qualité de vie et sur l'observance des patients.

L'étude nous a également permis de mieux comprendre le vécu des patients et des intervenants dans le programme

Le programme d'APA sur cette cohorte, population fragile de PVVIH dans un contexte hospitalier, a permis une amélioration rapide et importante de nombreux facteurs esthétiques, anthropométriques et psychiques. Malgré la faible puissance statistique de l'étude, nos résultats sont comparables avec ceux de la littérature.

L'originalité de ce projet réside dans l'utilisation du groupe comme facteur motivationnel à l'adhésion d'un changement de comportement dans une population vulnérable.

Ce projet d'ETP, pluridisciplinaire, novateur, a bénéficié d'une assiduité et d'une implication importante de la part des participants.

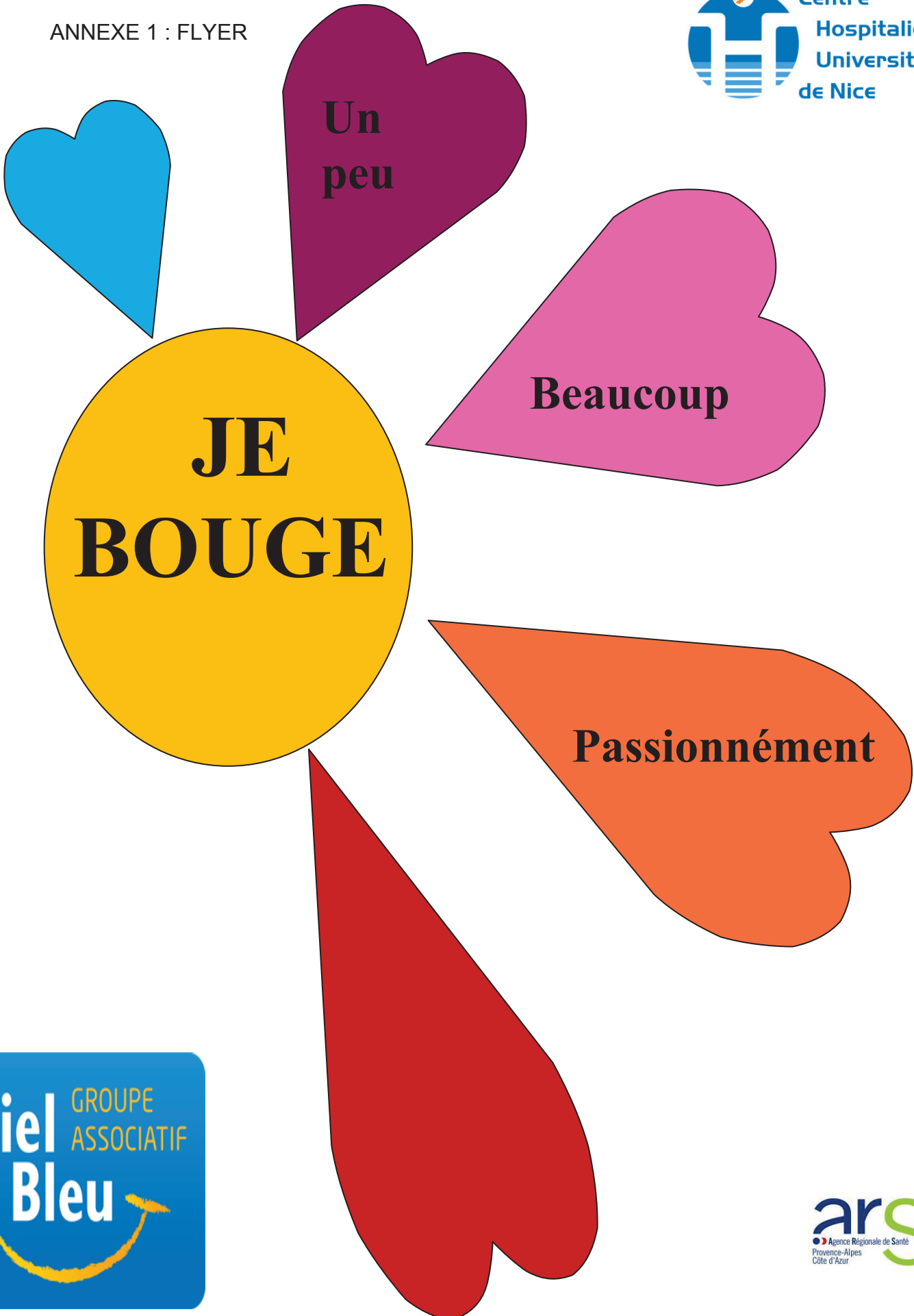
La gratuité et le cadre rassurant de l'hôpital ont été des éléments facilitateurs au déroulement de cette première phase du programme, ils ont permis de simplifier et lever des freins à l'accès aux AP pour les PVVIH.

La phase post hospitalière est une phase cruciale pour laquelle l'attente des patients et des soignants est importante afin de mener à bien la dernière phase de cette étude pilote.

L'ETP est nécessaire pour une prise en charge globale du patient en ville. Grâce à cette intervention d'APA, le rôle du médecin généraliste s'est révélé être indispensable pour maintenir la motivation et le suivi des participants au sein d'un réseau d'acteurs pluridisciplinaires.

ANNEXES

ANNEXE 1 : FLYER



**JE
BOUGE**

**Un
peu**

Beaucoup

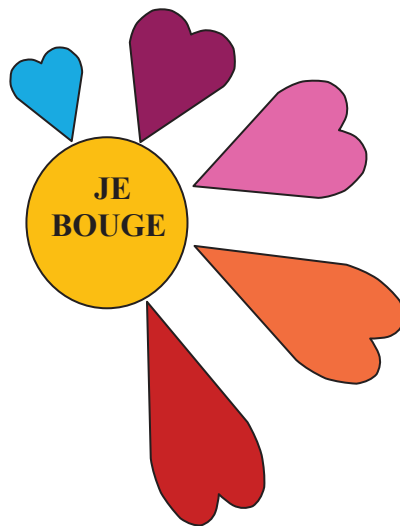
Passionnément

Siel GROUPE
ASSOCIATIF
Bleu

ars
Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

Ce programme est gratuit.

De plus, si vous présentez des difficultés financières pour accéder à l'équipement sportif (maillot, claquettes pour l'aquagym) ou pour les trajets (tickets de bus) une aide peut vous être accordée, après examen de votre dossier par l'assistante sociale.



Ce programme garantit les valeurs de la confidentialité, du

non jugement, du **respect** des modes et des choix de vie.

Ce programme est interactif,

basé sur votre participation active et sur les échanges.

Ce programme est animé par des professionnels de santé ou des animateurs sportifs formés et expérimentés.

Si vous sollicitez votre participation à ce programme, cela vous engage à une assiduité,

car chaque étape de ce programme est nécessaire à votre progression et à l'atteinte de vos objectifs.

Pour vous inscrire

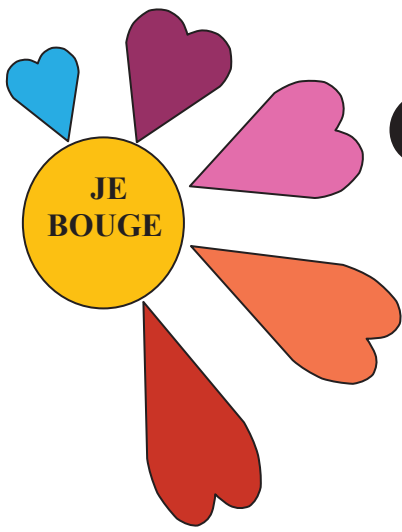
- Téléphoner au 04 92 03 54 67 (Accueil infectiologie) entre 8h et 18h tous les jours ouvrables
- Vous présenter directement à l'Accueil des consultations d'Infectiologie, Hôpital L'archet 1, 6ème étage.
- En parler à votre médecin hospitalier qui vous guidera

Ce programme a été construit par l'équipe d'Education Thérapeutique du service d'Infectiologie, et l'équipe de Médecine physique et Réadaptation fonctionnelle

Il fait intervenir l'association Siel Bleu.

Il est financé par l'ARS PACA





Comment se déroule

1^{ER} TEMPS : Quelles sont mes capacités physiques actuelles ?

**Bilan médecine physique,
cardiologique** si nécessaire
→ Certificat d'aptitude à
l'activité physique

**Bilan éducatif partagé
individuel** : quelles sont
mes attentes ?
mes besoins ?
mes motivations
et mes freins ?



2ème TEMPS : Je me motive !!!

**3 ateliers collectifs
(1/15jours)**

où je réfléchis...

« Parce que mon corps aime
le sport »
« Etre mieux dans ma peau »
« Just do it ! »

et où je commence à bouger !

Gym douce
Sophrologie

programme qui m'est proposé ?

**JE
BOUGE
!**

PASSIONNEMENT

BEAUCOUP

**JE
BOUGE
!**

**3ème TEMPS :
Je bouge !!!**

**6 séances sportives
(1/semaine)**

3 séances de gym douce

**3 séances d'aqua gym en
piscine de balnéo
(eau à 34°)**

Avec les kinésithérapeutes
du service de
Médecine physique
et réadaptation fonctionnelle
Et les coachs sportifs
de l'Association Siel bleu

**4ème TEMPS :
Je continue
de bouger !!!**

**Je cherche
une activité
physique et sportive
qui me plait
et que je vais pouvoir
continuer
dans la durée.**

Je suis accompagné(e) dans cette
recherche par les coachs de Siel
Bleu

ANNEXE 2 : PLANNING GROUPE 1 ET GROUPE 2

PLANNING PROGRAMME « JE BOUGE ! » GROUPE 1

L'assiduité est une condition nécessaire à la motivation et à la cohésion du groupe. Néanmoins, en cas de problème avec une de ces dates, merci de prévenir le plus tôt possible Monique Borghi ou Thierry Mira ou Isabelle Perbost au 04 92 03 54 67 pour que l'équipe essaie de trouver, si possible, une date de remplacement.

Ateliers collectifs : de 14h à 16h

Balnéo ou gym : de 15h à 16h30

	GROUPE 1
Atelier collectif 1 Mme Vigneron Thierry Mira	Mardi 1 ^{er} mars
Atelier collectif 2 Mme Magro Mr Malafronte	Mardi 15 Mars
Atelier collectif 3 Siel Bleu Mme Borghi	Mercredi 30 Mars
Bilan MPRF	
Gym 1 Siel Bleu	Mercredi 27 avril
Balnéo 1	Mardi 12 avril
Gym 2 Siel Bleu	Mercredi 11 Mai
Balnéo 2	Mercredi 19 avril
Gym 3 Siel Bleu	Mercredi 25 Mai
Balnéo 3	Mardi 17 Mai
Contact Siel Bleu	

PLANNING PROGRAMME « JE BOUGE ! » GROUPE 2

L'assiduité est une condition nécessaire à la motivation et à la cohésion du groupe. Néanmoins, en cas de problème avec une de ces dates, merci de prévenir le plus tôt possible Monique Borghi ou Thierry Mira ou Isabelle Perbost au 04 92 03 54 67 pour que l'équipe essaie de trouver, si possible, une date de remplacement.

Ateliers collectifs : de 14h à 16h

Balnéo ou gym : de 15h à 16h30

	GROUPE 2
Atelier collectif 1 Mme Vigneron Thierry Mira	Mardi 8 Mars
Atelier collectif 2 Mme Magro Mr Malafronte	Mardi 22 Mars
Atelier collectif 3 Siel Bleu Mme Borghi	Mercredi 6 Avril
Bilan MPRF	
Gym 1 Siel Bleu	Mercredi 20Avril
Balnéo 1	Mardi 26 avril
Gym 2 Siel Bleu	Mercredi 4 Mai
Balnéo 2	Mardi 10 Mai
Gym 3 Siel Bleu	Mercredi 18 Mai
Balnéo 3	Mardi 23 Mai
Contact Siel Bleu	
Bilan final Equipe ETP	

ANNEXE 3 : DEROULEMENT DU PREMIER ATELIER

ATELIER 1 : « PARCE QUE LE CORPS AIME L'ACTIVITE PHYSIQUE »

- Objectifs :
 - Définitions Sédentarité Activité physique, sport
 - Etat des lieux de leur activité physique/sport
 - bénéfices de l'activité physique sur la santé (comorbidités), le bien être
 - Appréhensions exprimées
 - Fatigue physique ressentie

- Personnes impliquées :
 - Mme François Vigneron (Kiné)
 - Mr Thierry Mira (IDE infectiologie)
 - Mme Sophie Estran (Diététicienne)

- Déroulement de l'atelier
 - 1^{er} temps : Faire connaissance 10min
 - Les soignants se présentent
 - Les patients se présentent, expression rapide des attentes
 - 2^{ème} temps : l'ambiance de l'atelier, les règles (5 min)
 - Permettre de s'exprimer librement
 - Absence de jugement
 - Bienveillance réciproque
 - Tout le monde peut prendre la parole, respect de la parole de l'autre
 - Dans la confidentialité
 - Respect des choix et des modes de vie
 - Les animateurs sont là
 - pour faire respecter les règles
 - pour faire circuler la parole
 - pour apporter quelques éclaircissements si nécessaire, mais ils ne doivent pas monopoliser la parole
 - pour relancer l'activité
 - 3^{ème} temps : Remue ménage 45 min
 - Etablir des papiers avec une question reprenant chacun des objectifs :
 - Pour vous quelle sont les différences entre activité physique et sport ? ou Pour vous qu'est ce que c'est d'être sédentaire ?
 - Pour vous, quand vous ressentez de la fatigue, à quoi l'attribuez-vous ?
 - Pour vous, quels sont les bénéfices de l'activité physique sur votre santé ?
 - Pour vous, quelles sont vos appréhensions vis-à-vis de l'activité physique ?
 - seront successivement tirés au sort par les participants
 - chacun note sur des post it les mots ou courtes phrases que cette question lui inspire.

- Les post it sont ensuite ramassés et exploités en grand groupe
- 4^{ème} temps : Activité physique : comment se nourrir ? 10 min
 - Temps de questions réponses avec la diététicienne.
 - Elle ne traitera pas de cas particulier, si c'est nécessaire, elle prendra un RDV spécifique avec un patient en individuel
- 5^{ème} temps : Activité physique: Gym douce 30 min
- 6^{ème} temps : 20 minutes
 - Débriefing
 - Présentation de l'atelier suivant : date, thème
 - Voir s'ils souhaitent être relancés par mail ou sms ou appel
 - Questionnaire d'évaluation (dans les dossiers patients qui seront récupérés à la fin de la séance)

ANNEXE 4 : DEROULEMENT DU DEUXIEME ATELIER

ATELIER 2 : « Etre mieux dans sa peau »

- **Objectifs :**
 - Retrouver le plaisir de bouger
 - Redécouvrir son corps, « ré-habiter » son corps
 - Exprimer ses perceptions de l'image de son corps (lipodystrophie)
 - Favoriser le renforcement de l'estime de soi

- **Personnes impliquées :**
 - Mme Ingrid Magro(Kiné, sophrologue)
 - Mr Bruno Malafronte (Psychologue)

- **Déroulement de l'atelier**
 - 1^{er} temps : Faire connaissance 5min
 - Les soignants se présentent
 - Les patients se présentent, expression rapide des attentes
 - 2^{ème} temps : l'ambiance de l'atelier, les règles (5 min)
 - Permettre de s'exprimer librement
 - Absence de jugement
 - Bienveillance réciproque
 - Tout le monde peut prendre la parole, respect de la parole de l'autre
 - Dans la confidentialité
 - Respect des choix et des modes de vie
 - Les animateurs sont là
 - pour faire respecter les règles
 - pour faire circuler la parole
 - pour apporter quelques éclaircissements si nécessaire, mais ils ne doivent pas monopoliser la parole
 - pour relancer l'activité
 - 3^{ème} temps : Photoexpression
 - Les images du photoexpression sont disposée sur une table, elles son numérotées.
 - Les 2 questions suivantes sont inscrites sur le paperboard :
 - Quelle image illustre la façon dont vous vous sentez dans votre peau actuellement?
 - Quelle image pourrait illustrer le fait de se sentir mieux dans sa peau?
 - Donner les consignes :
 - Pendant une dizaine de minutes, les participants examinent les images sur la table, puis ils en choisissent 2, une en réponse à chacune des 2 questions. Plusieurs participants peuvent choisir des images identiques, ce n'est pas un problème, leur commentaire de l'image leur sera propre.
 - Puis à tour de rôle, chaque participant montre successivement les 2 images choisies et commente son choix en réponse aux é

questions consigne. Les autres participants ne l'interrompent pas pendant tout le temps où il s'exprime, ils peuvent être amenés à intervenir ensuite s'ils ont des réactions à partager, sous réserve qu'elles soit respectueuse de la parole de la personne qui s'est exprimée. Total 45 minutes

- 4^{ème} temps : Séance sophrologie : 45 minutes
- 5^{ème} temps : 10 minutes
 - Débriefing :
 - Qu'est-ce que les participants ont découvert de cette séance ?
 - Présentation de l'atelier suivant : date, thème
 - Remise du planning des prochains RDV.
 - Voir s'ils souhaitent être relancés par mail ou sms ou appel
 - Questionnaire d'évaluation (dans les dossiers patients qui seront récupérés à la fin de la séance)

ANNEXE 5 : DEROULEMENT DU TROISIEME ATELIER

ATELIER3 : « Just Do It ! »

- **Objectifs :**
 - Capacités mobilisables/limites à respecter
 - Travail motivationnel: motivations/ freins à la reprise d'une activité physique
 - Négocier avec soi même des objectifs raisonnables de retour à l'activité physique
 - Construction du projet patient
 - Début de préparation de la transition de l'APS en secteur « médicalisé » vers l'APS « en ville » :
- **Personnes impliquées :**
 - Mme Monique Borghi (plus investie sur l'organisation)
 - Mme Blandine Boutelier, Association Siel Bleu
- **Déroulement de l'atelier**
 - 1^{er} temps : Faire connaissance (5min)
 - Les soignants se présentent
 - Les patients se présentent, expression rapide des attentes
 - 2^{ème} temps : l'ambiance de l'atelier, les règles (5 min)
 - Permettre de s'exprimer librement
 - Absence de jugement, Respect des choix et des modes de vie
 - Bienveillance réciproque
 - Tout le monde peut prendre la parole, respect de la parole de l'autre
 - Dans la confidentialité
 - Les animateurs sont là
 - pour faire respecter les règles
 - pour faire circuler la parole
 - pour apporter quelques éclaircissements si nécessaire, mais ils ne doivent pas monopoliser la parole
 - pour relancer l'activité
 - 3^{ème} temps : Jeu de la carte conceptuelle : 30 minutes
 - Consigne de départ (paperboard): « Pour vous que représente la reprise d'une activité physique? »
 - Les patients notent des mots clés qu'ils mettent en lien avec la question (écrire gros, peu de mots, 10 minutes pour le choix).
 - On positionne en vrac sur un paperboard les post its
 - on réfléchit à des liens qu'on matérialise avec des flèches de couleurs différentes(noter le code couleur sur une feuille visible à coté du paperboard) Et on débat_(20 minutes)
 - « entraine » en bleu
 - « facilite » en vert
 - « empeche » en noir
 - « motive » en rouge
 - 4^{ème} temps : question évocation : 20 minutes
 - Consigne : chacun se remémore pour lui-même une expérience réussie/pas réussie d'activité physique (5 min)

- puis partage avec les autres en pointant les facteurs de réussite ou d'échec (15 minutes)
- 5^{ème} temps : Technique de Delfi adaptée: 30 minutes
 - chacun définit son projet individuel de retour à l'activité physique (5 min)
 - puis on en discute en partageant en binôme. (10 min)
 - Puis on partage à l'ensemble du groupe qui émet des remarques / suggestions positives et constructrices pour améliorer le projet et le rendre plus réalisable. 15 minutes
 - Chaque participant écrira son projet ainsi affiné dans le cahier de protocole,
 - une copie lui en sera remise à la fin de la séance.
- 6^{ème} temps : Activité physique et ludique : 30 minutes
- 7^{ème} temps : conclusion : (10 minutes)
 - Débriefing : Qu'est ce que les participants ont découvert de cette séance ?
 - Présentation des séances d'activité physique suivantes (planning). Motiver pour la régularité
 - Rappel de la consultation en médecine physique et réadaptation fonctionnelle
 - Questionnaire d'évaluation (dossiers patients qui seront récupérés à la fin de la séance)

ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE SF12 ET SUR L'OBSERVANCE MEDICAMENTEUSE



Merci de prendre quelques minutes pour répondre à ces deux questionnaires qui permettront d'évaluer votre qualité de vie et l'observance médicamenteuse des participants du programme « JE BOUGE ». Toutes les données seront traitées de manière totalement CONFIDENTIELLE et ne seront utilisées que dans le cadre d'un travail personnel (thèse de médecine). Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, cochez simplement les cases qui correspondent à ce que vous ressentez vraiment.

NOM :

PRENOM :

DATE :

DATE

QUESTIONNAIRE D'ETAT DE SANTE SF-12

INSTRUCTIONS - COMMENT REpondre :

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1 - Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- entourer la réponse de votre choix*
- une par ligne*
- Excellente _____ 1
 - très bonne _____ 2
 - bonne _____ 3
 - médiocre _____ 4
 - mauvaise _____ 5

2 - Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes gêné(e) en raison de votre état de santé actuel.

entourer la réponse de votre choix
une par ligne

<i>Liste d'activités</i>	oui, beaucoup géné(e)	oui, un peu géné(e)	non, pas du tout gêné(e)
2a - efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
2b - monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3

3 - Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique

entourer la réponse de votre choix
une par ligne

	OUI	NON
3a - avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?	1	2
3b - avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	1	2

4 - Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e))

entourer la réponse de votre choix
une par ligne

	OUI	NON
4a - avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?	1	2
4b - avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention ?	1	2

5 - Au cours de ces quatre dernières semaines, est-ce que vos douleurs physiques vous ont gêné dans votre travail ou vos activités domestiques ?

entourer la réponse de votre choix

- pas du tout _____ 1
- un petit peu _____ 2
- moyennement _____ 3
- beaucoup _____ 4
- énormément _____ 5

6 - Au cours de ces 4 dernières semaines y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie ou vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

entourer la réponse de votre choix

- tout le temps _____ 1
- une bonne partie du temps _____ 2
- de temps en temps _____ 3
- rarement _____ 4
- jamais _____ 5

7 - Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines

Pour chaque question merci d'indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée

Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

entourer la réponse de votre choix
une par ligne

	en permanence	très souvent	souvent	quelquefois	rarement	jamais
7a - vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	1	2	3	4	5	6
7b - vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
7c - vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6

Veillez vérifier que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions. Merci de votre collaboration.

	Oui	Non
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOSSIER PATIENT

PROGRAMME « JE BOUGE ! »



Nom :

Prénom :

Date de naissance ://.....

Adresse :

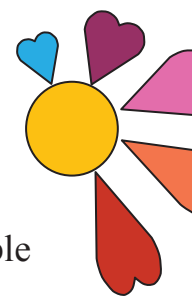
Téléphone :

Autorisation d'envoyer des sms :

Mail :

Autorisation d'envoyer des mails :

INFORMATION / ENGAGEMENT



Madame, Monsieur

Vous êtes engagé dans un programme de prise en charge individualisé « **Je Bouge !** » visant à vous accompagner dans la reprise d'une activité physique favorable à votre santé. Dans le cadre de ce programme vous aller participer gratuitement à différentes rencontres qui vont se dérouler de la façon suivante.

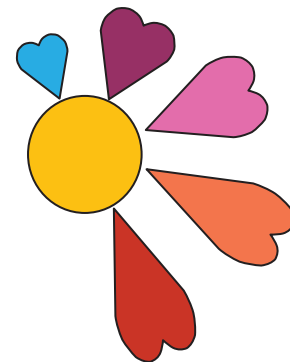
- Réaliser un bilan individualisé avec l'Infirmier(e) d'Education thérapeutique du service d'Infectiologie.
- Pratiquer un bilan médical d'aptitude physique pour écarter toute contre-indication afin d'établir un certificat médical d'aptitude à l'activité physique (obligatoire avant toute entrée dans le programme).
- Participer à trois ateliers de groupes thématiques.
- Participer à 6 séances d'activité physique (gymnastique douce et aquagym en Balnéothérapie).
- Réaliser l'évaluation des améliorations apportées sur votre activité physique et votre quotidien par ce programme.

Votre engagement nécessite que vous participiez de façon régulière aux rencontres proposées et que vous respectiez les horaires. Lors des activités physiques vous vous engagez à suivre les recommandations de base suivantes : cheveux attachés, tenue de gym douce adaptée (avec chaussures confortables type baskets, et pantalon ample style jogging), pas de gros bijoux), tenue d'aquagym adaptée (slip de bain - pas de short- pour les hommes, maillot 1 pièce pour les femmes, claquettes souhaitées, cheveux attachés mais pas de bonnet obligatoire). Ce programme est bien sûr garanti par la confidentialité de votre participation. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions et avoir reçu des réponses claires. J'ai compris l'ensemble des informations nécessaires à ma participation à ce programme. Et m'engage à respecter les recommandations présentées.

Nice le

Signature du participant

Signature du prescripteur



BILAN EDUCATIF PARTAGE :

Compte rendu :

Recherche Contre-indications :

Pour l'activité sportive en général

- Pathologie cardio respiratoire ou vasculaire : → si ATCD de ce type, nécessité de demander au cardiologue/chir vasculaire.... un certificat de non contre-indication à la balnéothérapie et à l'exercice physique gym douce.
 - Antécédent cardiaque : Coronaropathie, infarctus du myocarde
 - Accident vasculaire cérébral
 - Artériopathie
 - pathologie veineuse importante et instable
- Pathologie locomotrice sévère

Pour la balnéo en plus :

- allergie/intolérance au chlore
- phobie de l'eau
- infection aigue en cours, fièvre
- lésions cutanées étendues, surtout si surinfectées (une petite lésion cutanée non surinfectée peut être couverte)
- incontinence urinaire ou fécale
- Voie centrale

Questionnaire d'auto-évaluation du niveau d'activité physique hebdomadaire

(D'après J. Ricci et L. Gagnon, université de Montréal, modifié par F. Laureyns et JM. Séné)

Consignes

Après avoir répondu à toutes les questions, reportez le score obtenu à chaque question (1 à 5) dans la colonne de droite puis faites le total.

	Points					Scores
A. Comportements sédentaires	1	2	3	4	5	
Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisirs, télé, ordinateur, travail, etc) ?	+ de 5 h <input type="checkbox"/>	4 à 5 h <input type="checkbox"/>	3 à 4 h <input type="checkbox"/>	2 à 3 h <input type="checkbox"/>	Moins de 2 h <input type="checkbox"/>	
B. Activités physiques de loisir (dont sport)	1	2	3	4	5	Scores
Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques	Non <input type="checkbox"/>				Oui <input type="checkbox"/>	
A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités	1 à 2 fois/ Mois <input type="checkbox"/>	1 fois/ Semaine <input type="checkbox"/>	2 fois/ Semaine <input type="checkbox"/>	3 fois/ Semaine <input type="checkbox"/>	4 fois/ Semaine <input type="checkbox"/>	
Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>	
Habituellement comment percevez-vous votre effort ? Le chiffre 1 représente un effort très facile et le 5, un effort difficile	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
C. Activités physiques quotidiennes	1	2	3	4	5	Scores
Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?	Légère <input type="checkbox"/>	Modérée <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Intense <input type="checkbox"/>	Très intense <input type="checkbox"/>	
En dehors de votre travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers : ménages, bricolage, jardinage, etc...	Moins de 2 h <input type="checkbox"/>	3 à 4 h <input type="checkbox"/>	5 à 6 h <input type="checkbox"/>	7 à 9 h <input type="checkbox"/>	Plus de 10 h <input type="checkbox"/>	
Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	15 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>	
Combien d'étages, en moyenne, montez-vous à pieds chaque jour ?	Moins de 2 <input type="checkbox"/>	3 à 5 <input type="checkbox"/>	6 à 10 <input type="checkbox"/>	11 à 15 <input type="checkbox"/>	Plus de 16 <input type="checkbox"/>	
Total						

RESULTATS

• Moins de 18 : Vous êtes sédentaire



Votre niveau d'activité physique est inférieur aux recommandations. Comme une voiture qu'on laisse trop longtemps au garage, votre corps a tendance à s'engrasser et vos risques de maladies non transmissibles (diabète, hypertension, obésité, maladies cardiovasculaires, cancer, etc...) et de dépression sont plus importants que chez une personne active. Mais ne vous inquiétez pas car il n'est jamais trop tard pour commencer ! L'avantage quand on commence à pratiquer une activité, c'est que les effets bénéfiques se font ressentir très rapidement, ce qui est très motivant !

• Entre 18 et 35 : Vous êtes actif

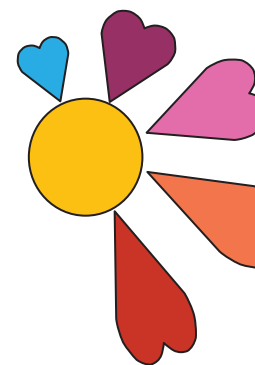


Votre niveau d'activité physique est dans les normes recommandées pour être en bonne santé. Grâce à vos efforts, votre corps fonctionne de façon efficace limitant ainsi les risques de maladies non transmissibles et de dépression. Continuez comme ça ! Pour rester motivé, pensez à varier les activités et les lieux de pratique (marche en mer, randonnée en montagne, sport en salle, ...).

• Plus de 35 : Vous êtes très actif

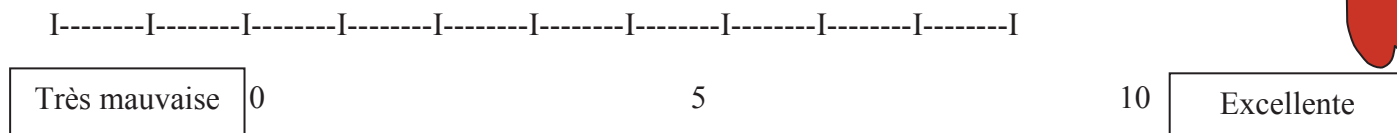


Votre niveau d'activité physique vous permet non seulement de rester en bonne santé, mais également, d'améliorer votre condition physique générale (meilleure endurance cardio-respiratoire, augmentation de la masse musculaire...). Ne changez rien !

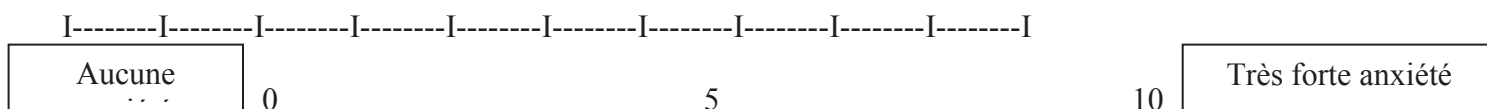


QUESTIONNAIRES PRE INTERVENTION

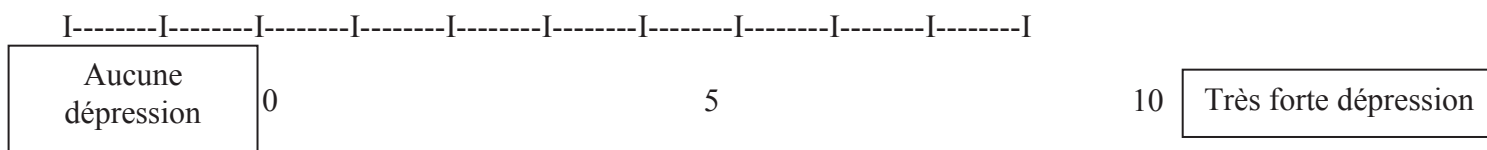
1/ Ma qualité de vie actuelle est :



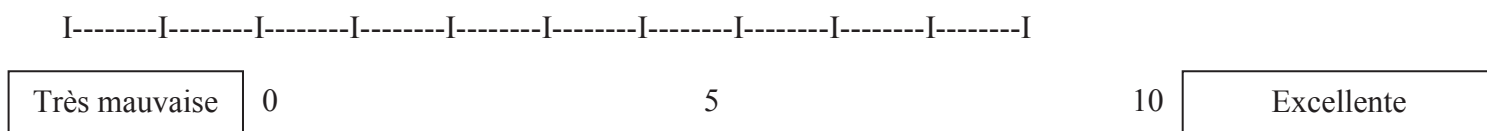
2/ Mon niveau d'anxiété actuel est :



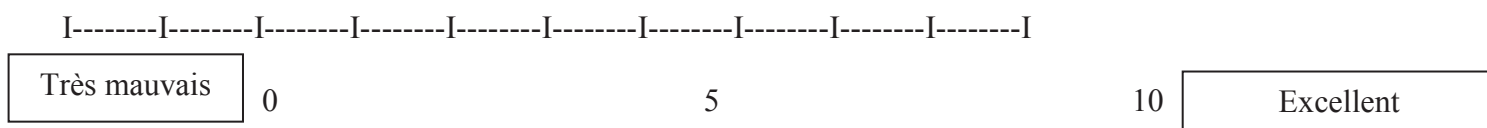
3/ Mon niveau de dépression actuel est :



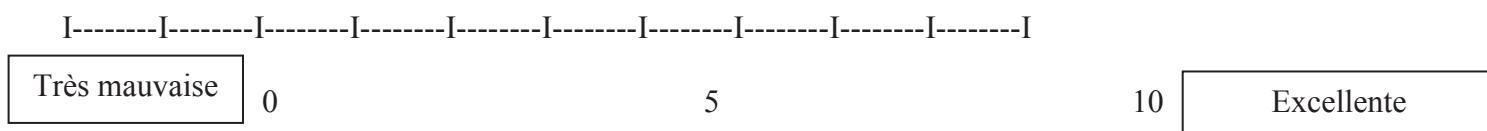
4/ L'image que vous avez de votre aspect physique actuel est :



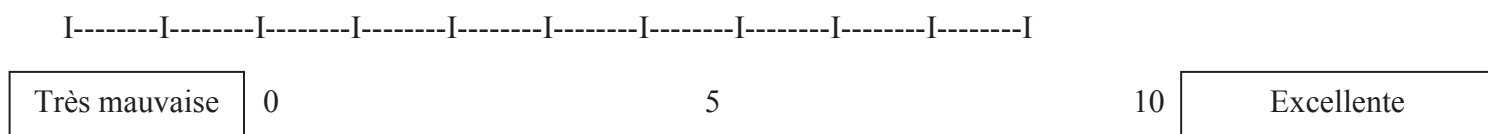
5/ Votre niveau de confiance en vous est :



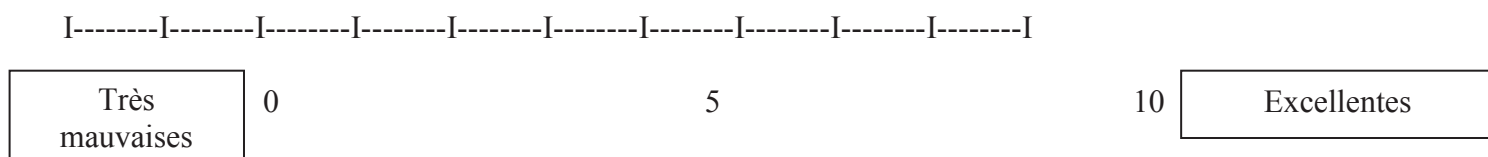
6/ Vous pensez que votre capacité à « assurer » dans la vie en général est :



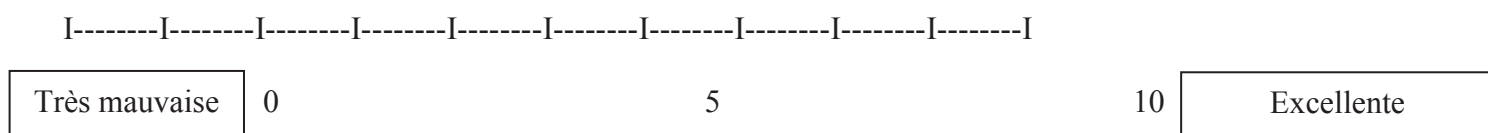
7/ Votre santé telle que vous la percevez actuellement est :



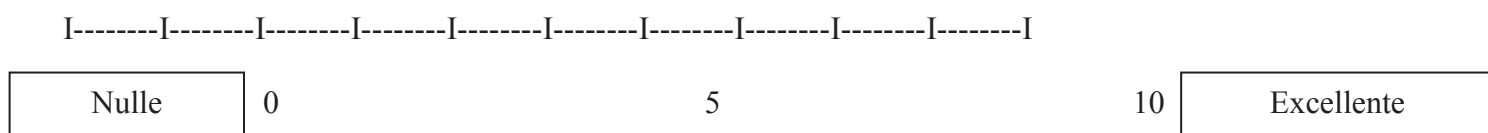
8/ Vos relations (familiales, amicales sociales) actuelles sont globalement :



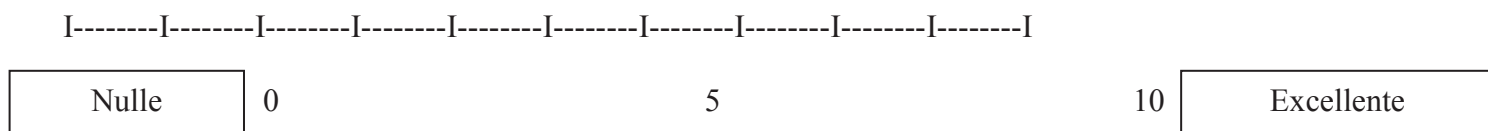
9/ votre vie affective et/ou sexuelle actuelle est :



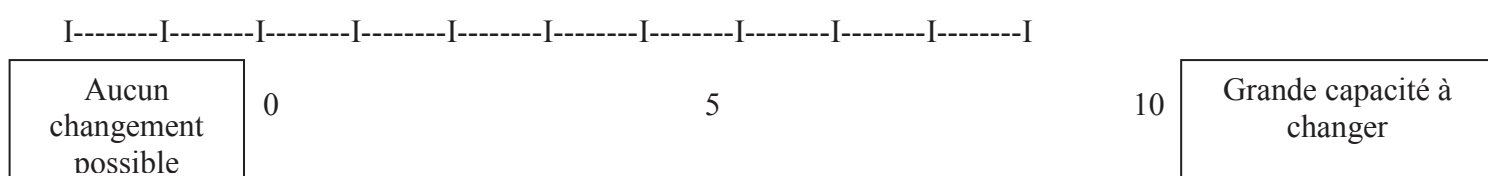
10/ Votre capacité à former de nouveaux projets pour vous est actuellement:



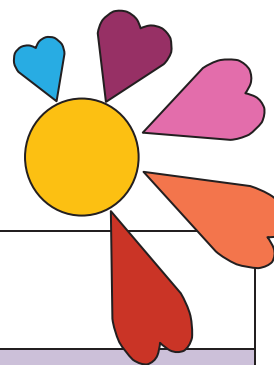
10/ Votre motivation pour l'activité physique est actuellement:



12/ Vous estimez votre capacité d'élever votre niveau d'activité physique:



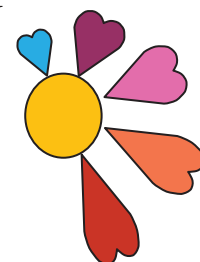
CONSULTATION MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE ORGANISATION DU PROGRAMME



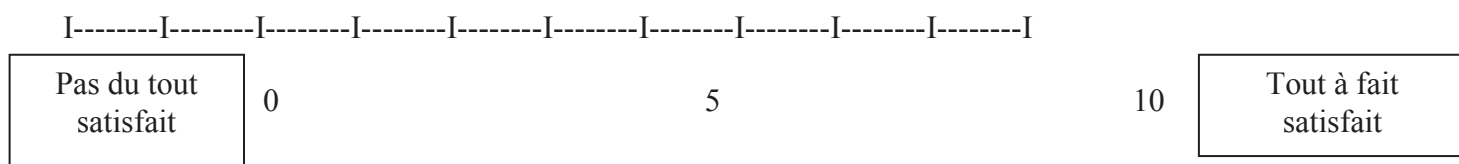
GROUPE	Dates prévues	Réalisé	Remarques
Bilan éducatif partagé Equipe ETP			
Bilan MPRF			
Bilan certificat			
Atelier collectif 1 Mme Vigneron Thierry Mira			
Atelier collectif 2 Mme Magro Mr Malafronte			
Atelier collectif 3 Siel Bleu Mme Borghi			
Gym 1 Siel Bleu			
Balnéo 1			
Gym 2 Siel Bleu			
Balnéo 2			
Gym 3 Siel Bleu			
Balnéo 3			

Contact Siel Bleu			
Bilan final Equipe ETP			
Bilan post intervention (3 à 4 mois après) IP			

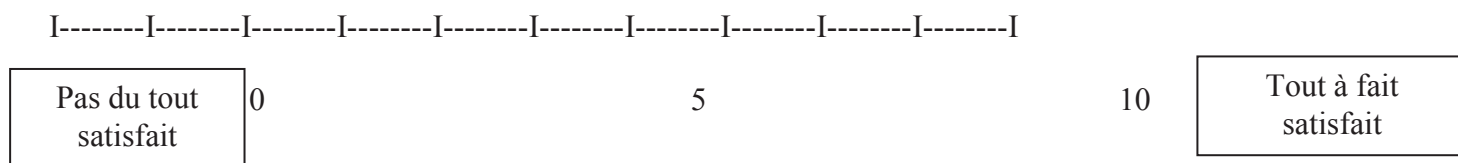
ATELIERS COLLECTIFS 1 : « PARCE QUE MON CORPS AIME L'ACTIVITE PHYSIQUE »



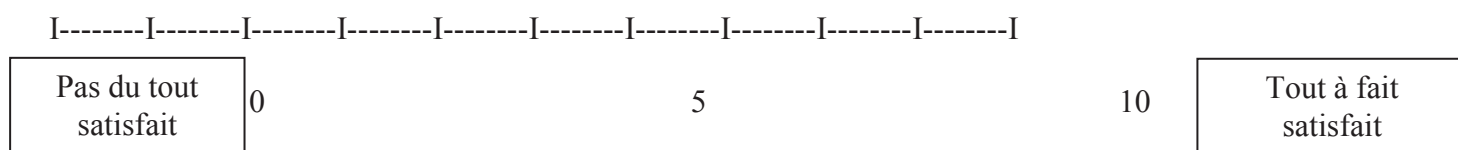
1/ A l'issue de cette séance, quel est votre niveau de satisfaction global ?:



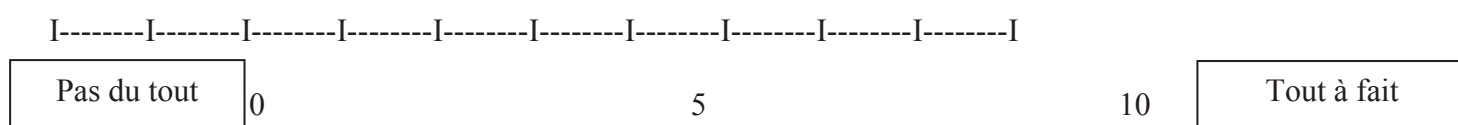
2/ A l'issue de cette séance, êtes vous satisfait des intervenants:



3/: A l'issue de cette séance, êtes vous satisfait des outils d'animation utilisés



4/ Cette séance vous a t-elle permis d'exprimer votre ressenti



5/ La séquence activité physique vous a-t-elle intéressé(e)

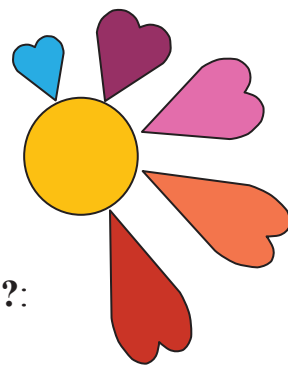
I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Pas du tout	0		5		10	Tout à fait
-------------	---	--	---	--	----	-------------

Remarques :

**ATELIERS COLLECTIFS 2 :
« ETRE MIEUX DANS SA PEAU »**

1/A l'issue de cette séance, quel est votre niveau de satisfaction global ?:



I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Pas du tout satisfait	0		5		10	Tout à fait satisfait
--------------------------	---	--	---	--	----	--------------------------

2/ A l'issue de cette séance, êtes vous satisfait des intervenants:

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Pas du tout satisfait	0		5		10	Tout à fait satisfait
--------------------------	---	--	---	--	----	--------------------------

3/:A l'issue de cette séance, êtes vous satisfait des outils d'animation utilisés

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

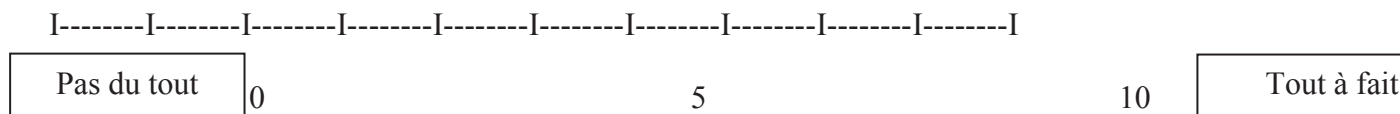
Pas du tout satisfait	0		5		10	Tout à fait satisfait
--------------------------	---	--	---	--	----	--------------------------

4/ Cette séance vous a t-elle permis d'exprimer votre ressenti

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

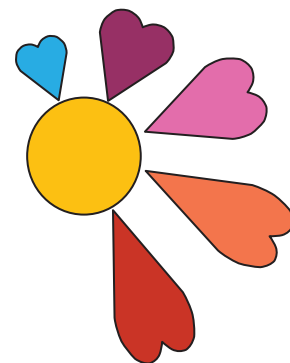
Pas du tout	0		5		10	Tout à fait
-------------	---	--	---	--	----	-------------

5/ La séquence Sophrologie vous a-t-elle intéressé(e)

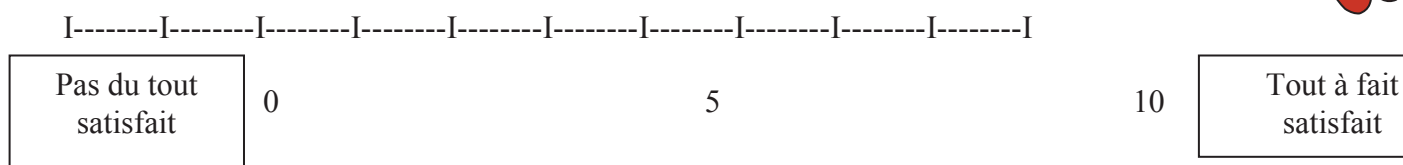


Remarques:

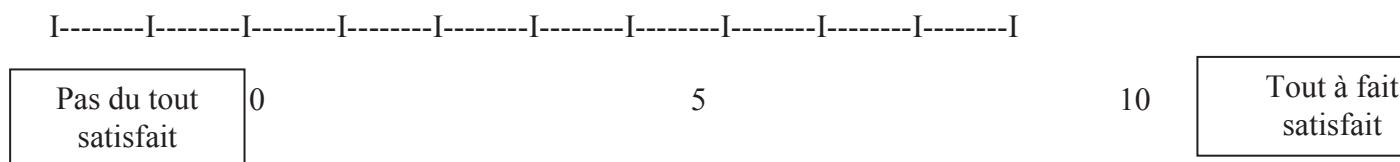
ATELIERS COLLECTIFS 3 : « JUST DO IT »



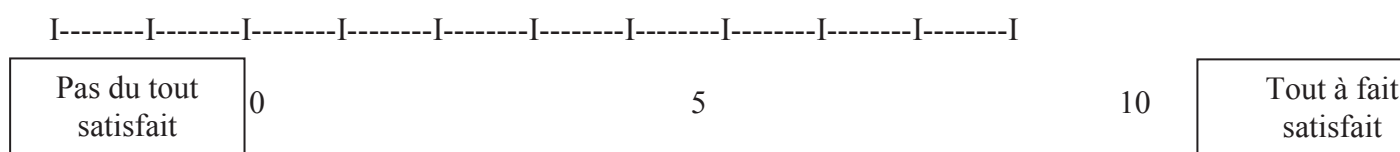
1/ A l'issue de cette séance, quel est votre niveau de satisfaction global ?:



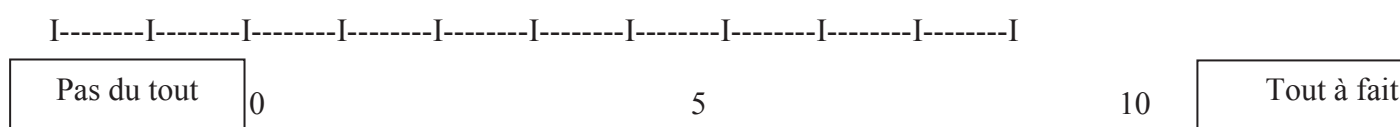
2/ A l'issue de cette séance, êtes vous satisfait des intervenants:



3/: A l'issue de cette séance, êtes vous satisfait des outils d'animation utilisés



4/ Cette séance vous a t-elle permis d'exprimer votre ressenti



5/ La séquence activité physique vous a-t-elle intéressé(e)

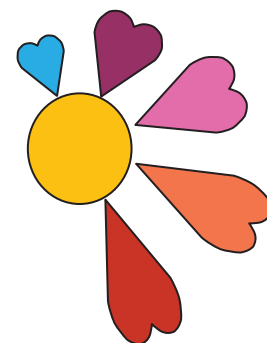
I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Pas du tout 0 5 10

Tout à fait

Remarques:

VOTRE PROJET « JE BOUGE ! » BILAN D'ETAPE APRES LES ATELIERS COLLECTIFS



1/ Ces 3 ateliers vous ont-t-il permis de construire votre projet de reprise d'activité?

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Pas du tout 0 5 10

Tout à fait

2/ Le groupe vous a-t-il soutenu dans ce projet?

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Pas du tout 0 5 10

Tout à fait

3/ Ma qualité de vie actuelle est :

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Très mauvaise 0 5 10

Excellente

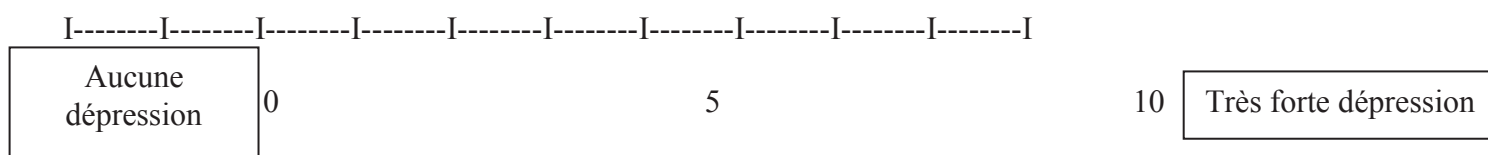
4/ Mon niveau d'anxiété actuel est :

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

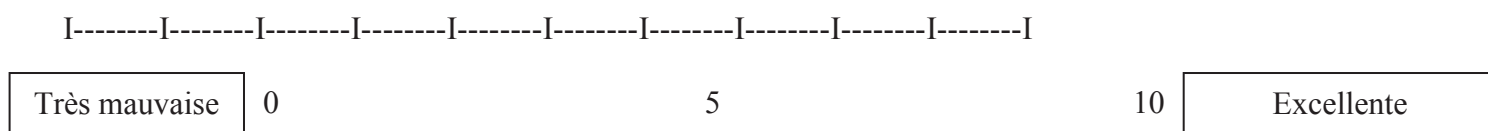
Aucune 0 5 10

Très forte anxiété

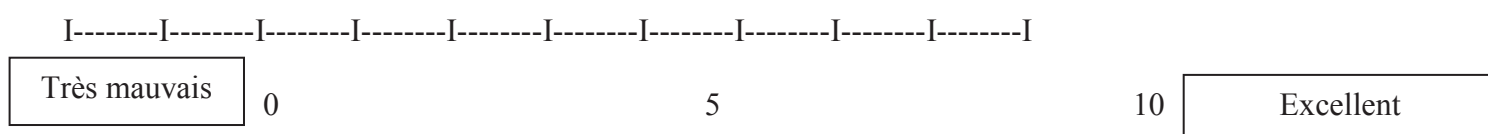
5/ Mon niveau de dépression actuel est :



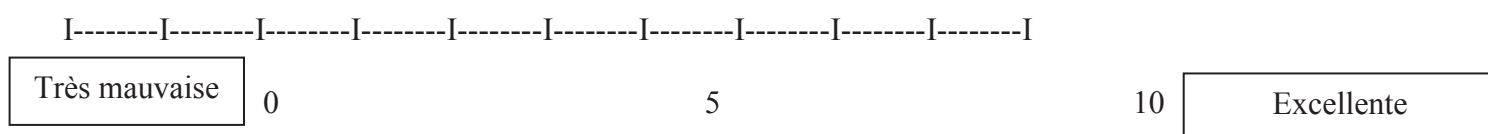
6/ L'image que vous avez de votre aspect physique actuel est :



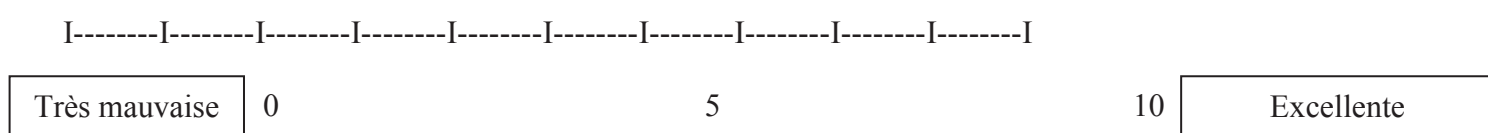
7/ Votre niveau de confiance en vous est :



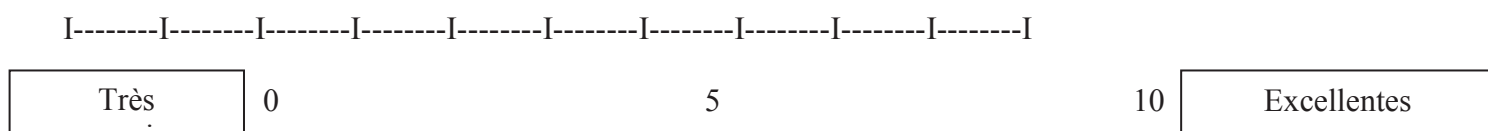
8/ Vous pensez que votre capacité à « assurer » dans la vie en général est :



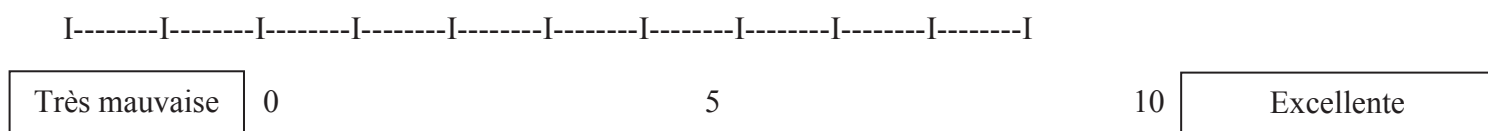
9/ Votre santé telle que vous la percevez actuellement est :



10/ Vos relations (familiales, amicales sociales) actuelles sont globalement :



11/ votre vie affective et/ou sexuelle actuelle est :



12/ Votre capacité à former de nouveaux projets pour vous est actuellement:

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Nulle

0

5

10

Excellente

13/ Votre motivation pour l'activité physique est actuellement:

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Nulle

0

5

10

Excellente

14/ Vous estimez votre capacité d'élever votre niveau d'activité physique:

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Aucun
changement
possible

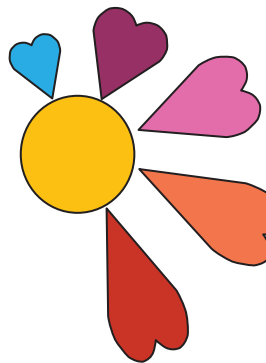
0

5

10

Grande capacité à
changer

MESURES ANTHROPOMETRIQUES AVANT L'ENTRAINEMENT PHYSIQUE :



- Taille :
- Poids :
- BMI :
- Age :

Test de Ruffier Dickson

P1 = (Après être resté allongé environ 5 minutes au calme)

P2 = (juste après 30 flexions complètes sur les jambes, bras tendus et pieds

bien à plat sur le sol, en 45 secondes et à allure régulière)

P3 = (1 minute après la fin de l'exercice précédent)

Indice Ruffier = $(P1 + P2 + P3) - 200 / 10 =$

.....

- Indice < 0 = très bonne adaptation à l' effort
- 0 < indice < 5 = bonne adaptation à l' effort
- 5 < indice < 10 = adaptation à l' effort moyenne
- 10 < indice < 15 = adaptation à l' effort insuffisante
- 15 < indice = mauvaise adaptation à l'effort

Indice Dickson = $((P2-70) + 2(P3-P1))/10 =$

.....

- Indice < 0 = excellent
- 0 à 2 = très bon
- 2 à 4 = bon
- 4 à 6 = moyen
- 6 à 8 = faible
- 8 à 10 = très faible
- 10 < indice = mauvaise adaptation

GYM DOUCE
AQUA GYM

**BILAN D'ETAPE APRES LES ACTIVITES
PHYSIQUES**

**1/ Ces 6 Séances d'activité physique vous ont-t-elles permis de faire évoluer
favorablement votre projet de reprise d'activité?**

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

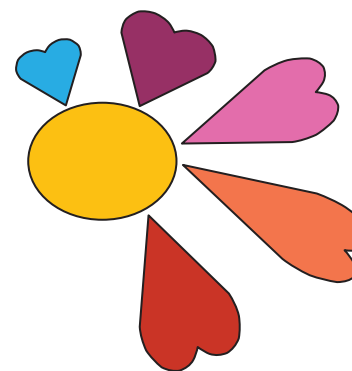
Pas du tout

0

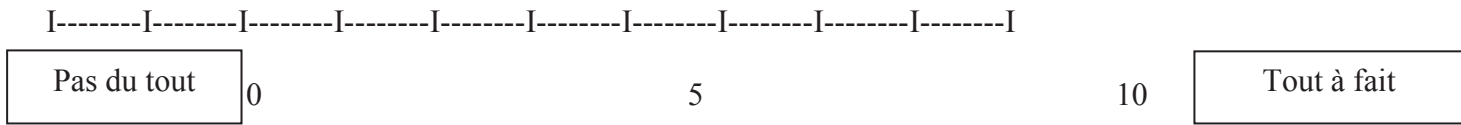
5

10

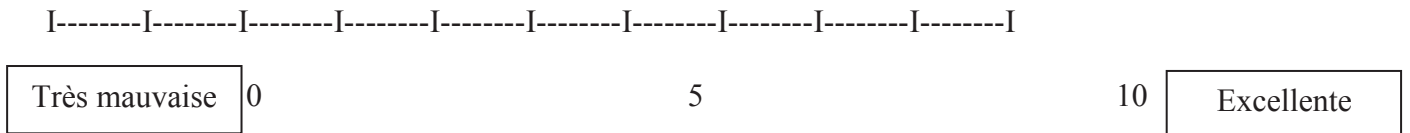
Tout à fait



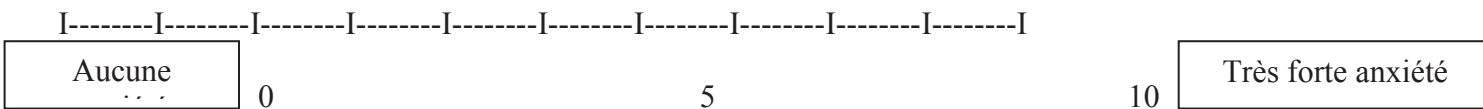
2/ Le groupe vous a-t-il soutenu dans ce projet?



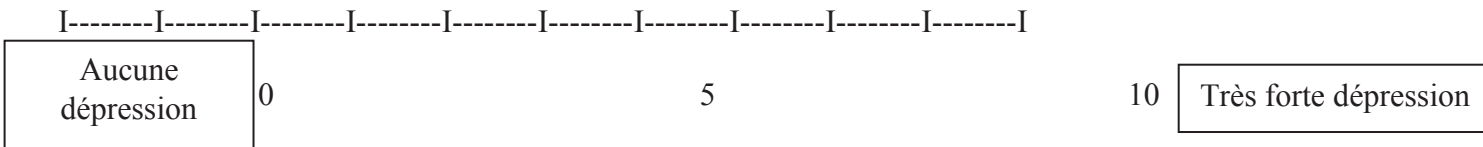
3/ Ma qualité de vie actuelle est :



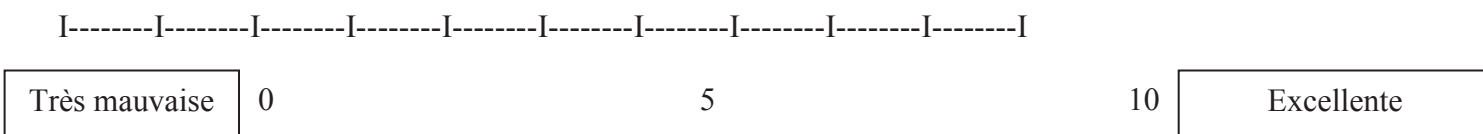
4/ Mon niveau d'anxiété actuel est :



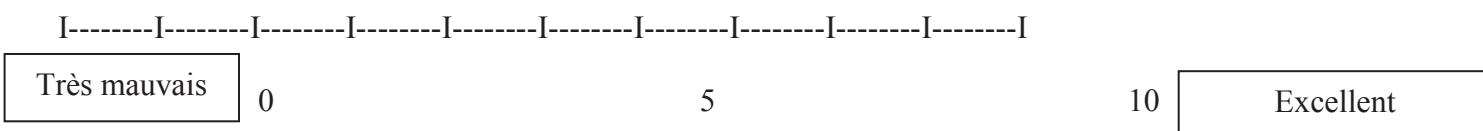
5/ Mon niveau de dépression actuel est :



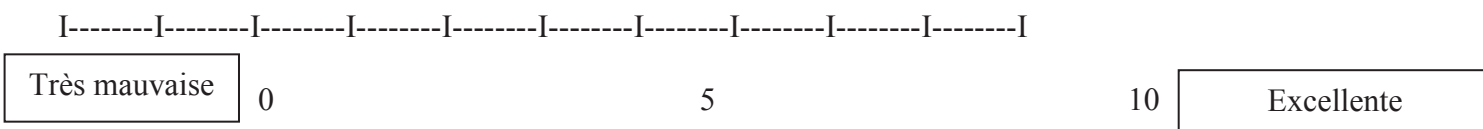
6/ L'image que vous avez de votre aspect physique actuel est :



7/ Votre niveau de confiance en vous est :



8/ Vous pensez que votre capacité à « assurer » dans la vie en général est :



9/Votre santé telle que vous la percevez actuellement est :

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Très mauvaise

0

5

10

Excellente

10/Vos relations (familiales, amicales sociales) actuelles sont globalement :

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Très

0

5

10

Excellentes

11/ votre vie affective et/ou sexuelle actuelle est :

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Très mauvaise

0

5

10

Excellente

12/Votre capacité à former de nouveaux projets pour vous est actuellement:

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Nulle

0

5

10

Excellente

10/Votre motivation pour l'activité physique est actuellement:

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Nulle

0

5

10

Excellente

12/ Vous estimez votre capacité d'élever votre niveau d'activité physique:

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

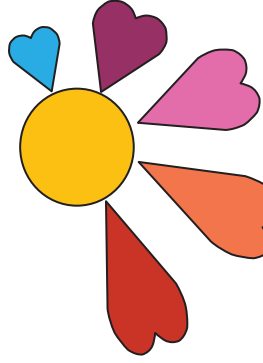
Aucun
changement
possible

0

5

10

Grande capacité à
changer



MESURES ANTHROPOMETRIQUES APRES L'ENTRAINEMENT PHYSIQUE :

Taille :

Poids :

BMI :

Age :

Test de Ruffier Dickson

P1 = (Après être resté allongé environ 5 minutes au calme)

P2 = (juste après 30 flexions complètes sur les jambes, bras tendus et pieds

bien à plat sur le sol, en 45 secondes et à allure régulière)

P3 = (1 minute après la fin de l'exercice précédent)

Indice Ruffier = $(P1 + P2 + P3) - 200 / 10 =$

.....

- Indice < 0 = très bonne adaptation à l'effort
- 0 < indice < 5 = bonne adaptation à l'effort
- 5 < indice < 10 = adaptation à l'effort moyenne
- 10 < indice < 15 = adaptation à l'effort insuffisante
- 15 < indice = mauvaise adaptation à l'effort

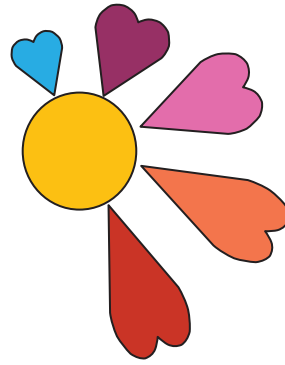
Indice Dickson = $((P2-70) + 2(P3-P1))/10 =$

.....

- Indice < 0 = excellent
- 0 à 2 = très bon

- 2 à 4 = bon
- 4 à 6 = moyen
- 6 à 8 = faible
- 8 à 10 = très faible
- $10 < \text{indice}$ = mauvaise adaptation

PROJET D'ACTIVITE PHYSIQUE POUR LES MOIS A VENIR



REALISATIONS PRATIQUES BILAN FINAL

1/ Quel est votre niveau d'activité physique à la fin du programme?

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

-5

0

+5

Activité physique
Inférieure à celle
que j'avais à la fin
des séances de gym
douce et

Activité physique
égale à celle que
j'avais à la fin des
séances de gym
douce et d'aquagym

Activité physique
supérieure à celle que
j'avais à la fin des séances
de gym douce et
d'aquagym

1/ L'intervention de l'association SIEL BLEU vous a-t-elle permis de faire évoluer favorablement votre projet de reprise d'activité?

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Pas du tout

0

5

10

Tout à fait

2/ Le groupe vous a-t-il soutenu dans ce projet?

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Pas du tout

0

5

10

Tout à fait

3/ Ma qualité de vie actuelle est :

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Très mauvaise

0

5

10

Excellente

4/ Mon niveau d'anxiété actuel est :

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Aucune
anxiété

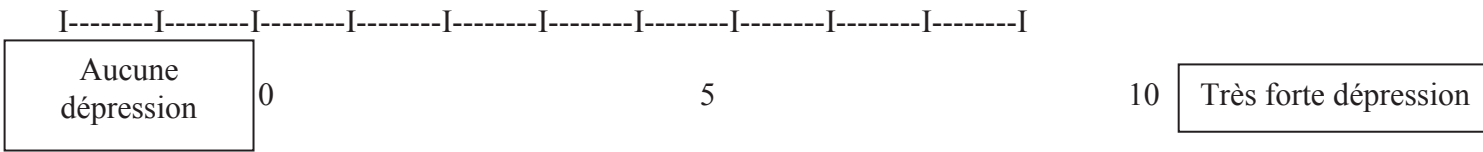
0

5

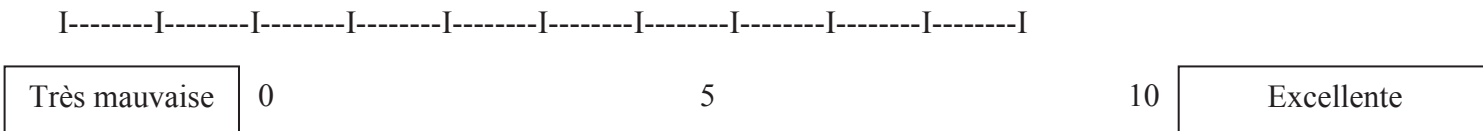
10

Très forte anxiété

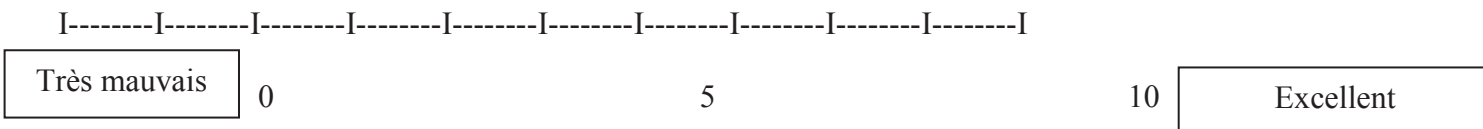
5/ Mon niveau de dépression actuel est :



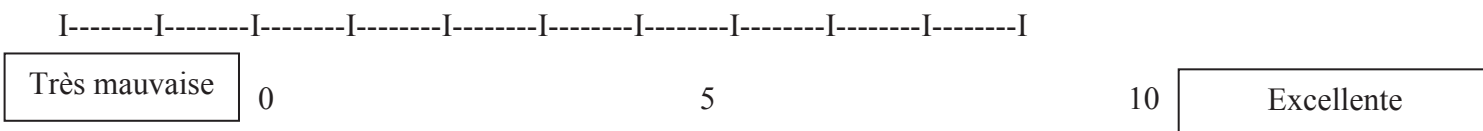
6/ L'image que vous avez de votre aspect physique actuel est :



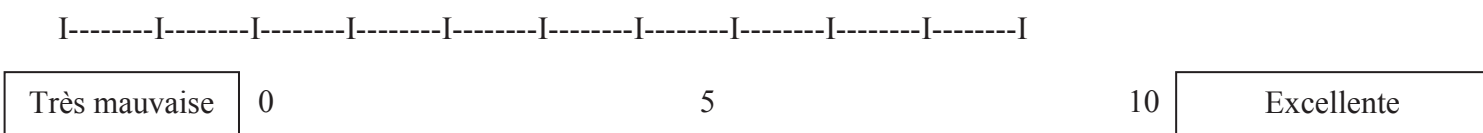
7/ Votre niveau de confiance en vous est :



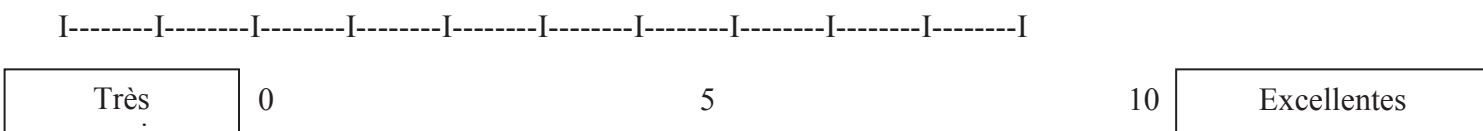
8/ Vous pensez que votre capacité à « assurer » dans la vie en général est :



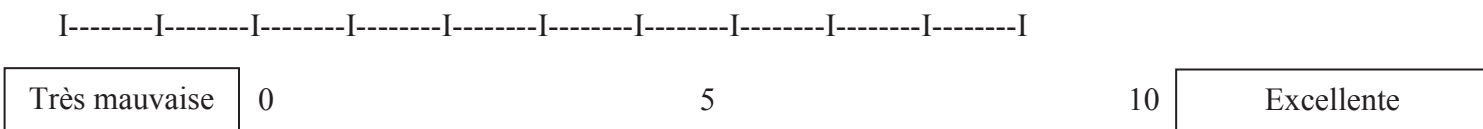
9/ Votre santé telle que vous la percevez actuellement est :



10/ Vos relations (familiales, amicales sociales) actuelles sont globalement :



11/ votre vie affective et/ou sexuelle actuelle est :



12/ Votre capacité à former de nouveaux projets pour vous est actuellement:

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Nulle 0

5

10

Excellente

10/ Votre motivation pour l'activité physique est actuellement:

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Nulle 0

5

10

Excellente

12/ Vous estimez votre capacité d'élever ou de maintenir durablement votre niveau d'activité physique:

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Aucun
changement
possible 0

5

10

Grande capacité à
changer

BILAN PLUSIEURS MOIS APRES LE PROGRAMME

1/ Quel est votre niveau d'activité physique plusieurs mois après la fin du programme?

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

-5

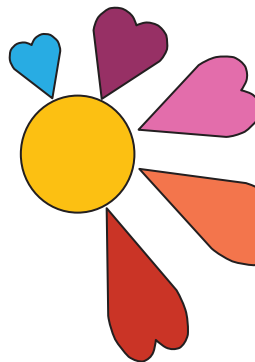
0

+5

Activité physique
Inférieure à celle
obtenue à la fin du
programme

Activité
physique **égale** à
celle obtenue à la
fin du
programme

Activité
physique
supérieure à celle
obtenue à la fin
du programme



2/ Le groupe vous a-t-il continué à vous soutenir dans ce projet, même après la fin du programme?

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

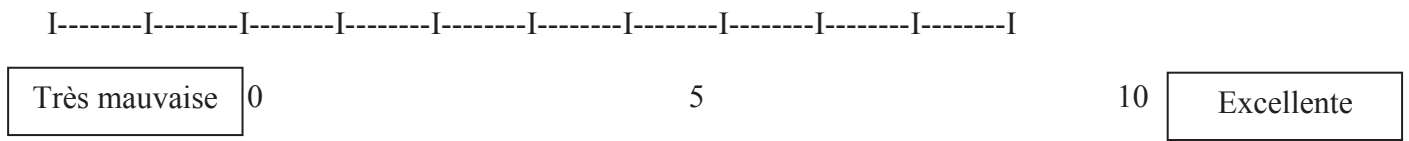
Pas du tout 0

5

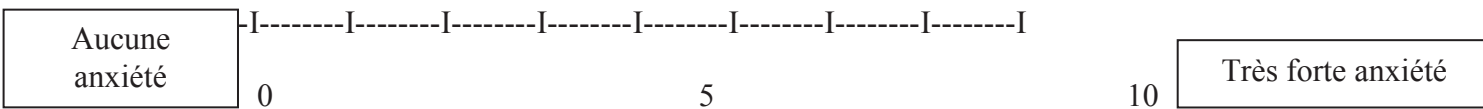
10

Tout à fait

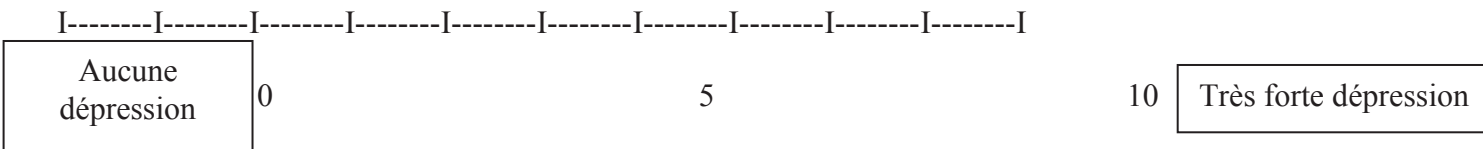
3/ Ma qualité de vie actuelle est :



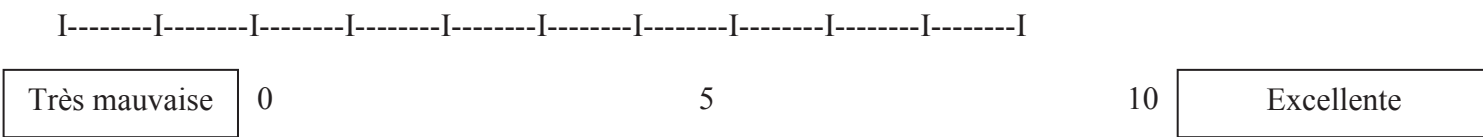
4/ Mon niveau d'anxiété actuel est :



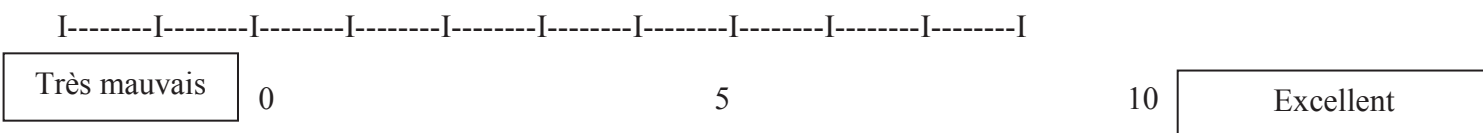
5/ Mon niveau de dépression actuel est :



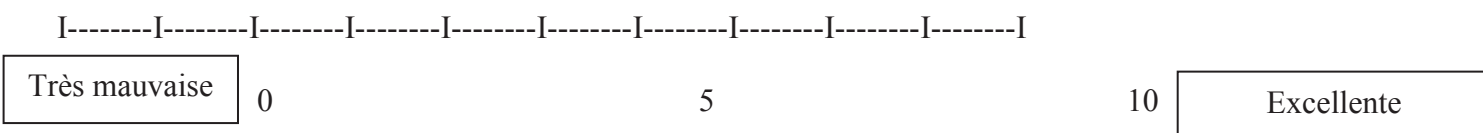
6/ L'image que vous avez de votre aspect physique actuel est :



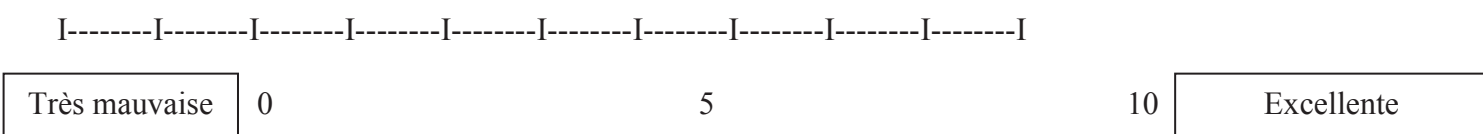
7/ Votre niveau de confiance en vous actuel est :



8/ Vous pensez que votre capacité à « assurer » dans la vie en général est actuellement :



9/ Votre santé telle que vous la percevez actuellement est :



10/Vos relations (familiales, amicales sociales) actuelles sont globalement :

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Très

0

5

10

Excellentes

11/ votre vie affective et/ou sexuelle actuelle est :

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Très mauvaise

0

5

10

Excellente

12/Votre capacité à former de nouveaux projets pour vous est actuellement:

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Nulle

0

5

10

Excellente

13/Votre motivation pour l'activité physique est actuellement:

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Nulle

0

5

10

Excellente

14/ Vous estimez votre capacité d'élever ou de maintenir durablement votre niveau d'activité physique:

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Aucun
changement
possible

0

5

10

Grande capacité à
changer

TEMOIGNAGES

ANNEXE 8: INTERPRETATION STATISTIQUE DU SF 12

Mode de calcul des scores :

Question n°	Réponse donnée	Valeur standardisée		Question n°	Réponse donnée	Valeur standardisée	
		Score physique	Score mental et social			Score physique	Score mental et social
1	1	0	0	6	1	-0,33682	-6,29724
	2	-1,31872	-0,06064		2	-0,94342	-8,26066
	3	-3,02396	0,03482		3	-0,18043	-5,63286
	4	-5,56461	-0,16891		4	-0,11038	-3,13896
	5	-8,37399	-1,71175		5	0	0
2a	1	-7,23216	3,93115	7a	1	0	0
	2	-3,45555	1,86840		2	0,66514	-1,94949
	3	0	0		3	1,36689	-4,09842
2b	1	-6,24397	2,68282		4	2,37241	-6,31121
	2	-2,73557	1,43103		5	2,90426	-7,92717
	3	0	0		6	3,46638	-10,19085
3a	1	-4,61617	1,44060	7b	1	0	0
	2	0	0		2	-0,42251	-0,92057
3b	1	-5,51747	1,66968		3	-1,14387	-1,65178
	2	0	0		4	-1,61850	-3,29805
4a	1	3,04365	-6,82672		5	-2,02168	-4,88962
	2	0	0		6	-2,44706	-6,02409
4b	1	2,32091	-5,69921	7c	1	4,61446	-16,15395
	2	0	0		2	3,41593	-10,77911
5	1	0	0		3	2,34247	-8,09914
	2	-3,83130	0,90384		4	1,28044	-4,59055
	3	-6,50522	1,49384		5	0,41188	-1,95934
	4	-8,38063	1,76691		6	0	0
	5	-11,25544	1,48619				

- Convertir chaque réponse aux 12 items en valeurs standardisées pour le score mental et social et pour le score physique
- Additionner les 12 valeurs standardisées obtenues pour le score mental et social et ajouter 60,75781 pour obtenir le score de qualité de vie mental et social (compris entre 5,89058 et 71,96825)
- Additionner les 12 valeurs standardisées obtenues pour le score physique et ajouter 56,57706 pour obtenir le score de qualité de vie physique (compris entre 9,94738 et 70,02246)

Bibliographie :

Gandek B., Ware JE., Aaronson NK. Et al. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries : results from the IQOLA Project International Quality of Life Assessment. *J. Clin Epidemiol*, 51 (11) : 1171-78.

ANNEXE 9 : INTERPRETATION STATISTIQUE DE L'OBSERVANCE

Votre patient répond par oui ou par non à chacune de ces 6 questions.

- Si votre patient répond non à toutes les questions, il est considéré comme un bon observant.
- Si votre patient répond oui une ou deux fois, il est considéré comme non observant mineur.
- Si votre patient répond oui trois fois ou plus, il est considéré comme non observant.

ANNEXE 10

Classification CDC d'Atlanta (1993)

CLASSIFICATION DE L'INFECTION PAR LE VIH POUR LES ADULTES ET LES ADOLESCENTS

Nombre de lymphocytes CD4+	Catégories cliniques		
	A Asymptomatique, primo-infection ou PGL*	B Symptomatique sans critères (A) ou (C)	C SIDA
≥ 500 / μL	A1	B1	C1
200 – 499 / μL	A2	B2	C2
< 200 / μL	A3	B3	C3

*PGL Lymphadénopathie persistante généralisée

CATEGORIES CLINIQUES

Catégorie A

Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C :

- Infection VIH asymptomatique
- Lymphadénopathie persistante généralisée
- Primo-infection symptomatique

Catégorie B

Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :

- a) Elles sont liées au VIH ou indicatives d'un déficit immunitaire ;
 - b) Elles ont une évolution clinique ou une prise en charge thérapeutique compliquée par l'infection VIH
- Les pathologies suivantes font partie de la catégorie B, la liste n'est pas limitative :

- Angiomatose bacillaire
- Candidose oropharyngée
- Candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement
- Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ
- Syndrome constitutionnel : fièvre (38°5 C) ou diarrhée supérieure à 1 mois
- Leucoplasie chevelue de la langue
- Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome
- Purpura thrombocytopénique idiopathique
- Listériose
- Neuropathie périphérique

Catégorie C

Cette catégorie correspond à la définition de sida chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C :

- Candidose bronchique, trachéale ou extrapulmonaire
- Candidose de l'œsophage
- Cancer invasif du col
- Coccidioidomycose disséminée ou extrapulmonaire
- Cryptococcose extrapulmonaire
- Crptosporidiose intestinale évoluant depuis plus d'un mois
- Infection à CMV (autre que foie, rate, ganglions)
- Rétinite à CMV
- Encéphalopathie due au VIH
- Infection herpétique, ulcères chroniques supérieures à 1 mois ; ou bronchique, pulmonaire ou oesophagienne
- Histoplasmose disséminée ou extrapulmonaire
- Isosporidiose intestinale chronique (supérieure à un mois)
- Sarcome de Kaposi
- Lymphome de Burkitt
- Lymphome immunoblastique
- Lymphome cérébrale primaire
- Infection à Mycobacterium tuberculosis, quelle que soit la localisation (pulmonaire ou extrapulmonaire)
- Infection à mycobactérie identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire
- Pneumonie à pneumocystis carinii
- Pneumopathie bactérienne récurrente
- Leuco-encephalite multifocale progressive
- Septicémie à salmonelle non typhi récurrente
- Syndrome cachectique dû au VIH
- Toxoplasmose cérébrale

ANNEXE 11

Evaluation complémentaire des champs spécifiques au VIH (questionnaire réalisé par le Docteur Perbost) résultats quantitatifs

Moyenne /10	Début de notre intervention	Bilan d'étape intermédiaire	Fin de notre intervention intra hospitalière
Qualité de vie	5,1	6,9	7,5
Niveau d'Anxiété	6,4	5,8	2,1
Niveau de Dépression	3,8	5,2	2,1
Image du corps	3,9	5,4	4,9
Sentiment de confiance en soi	5,8	6,8	6,8
Assurance dans la vie quotidienne	7,1	7,1	7
Perception favorable de la santé	5,9	6,5	7
Relations sociales	6,4	6,75	7,9
Vie affective et sexuelle	1,8	2,8	4,6
Capacité à former de nouveaux projets	5,4	5,9	6,6
Motivation pour l'AP	8,7	7,8	7,6
Capacité à élever son niveau d'AP	8,2	7,8	6,5

BIBLIOGRAPHIES

-
- ¹ OMS Statistiques sanitaires mondiales 2014.
 - ² Le quotidien du Médecin 24/03/2016- n° 9482 page 2/3.
 - ³ OMS VIH/sida Aide-mémoire N°360 Décembre 2015.
 - ⁴ D. L. Paterson, Adherence to Protease Inhibitor Therapy and Outcomes in Patients with HIV Infection. *Ann Intern Med* 133:21–30(2000).
 - ⁵ Sabaté et World Health Organization, Adherence to Long-term Therapies.2003.
 - ⁶ OMS. Activité physique Aide- mémoire N°384 Janvier 2015.
 - ⁷ Plan National Nutrition Santé <http://www.mangerbouger.fr/PNNS/>
 - ⁸ Malita, F. M., Karelis, A. D., Toma, E., et al. Effects of different types of exercise on body composition and fatdistribution in HIV infected patients: A brief review. *Canadian Journal of Applied Physiology* ,30(2),233-245.(2005).
 - ⁹ Doupe, Andrew ; Comité International Olympique ; Ensemble pour prévenir le VIH et le SIDA : manuel destiné au monde du sport, Comité International Olympique, 2005.
 - ¹⁰ Galantino, M. L., Shepard, K., Krafft, L. et al. The effect of group aerobic exercise and tai chi on functional outcomes and quality of life for persons living with acquired immunodeficiency syndrome. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11, 6, 1085-1092 (2005).
 - ¹¹ Nixon S1, O'Brien K, Glazier RH, Tynan AM. Aerobic exercise interventions for adults living with HIV/AIDS. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005.
 - ¹² Morlat Ph et al. Suivi de l'adulte vivant avec le VIH, prévention et prise en charge des comorbidités. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Paris : Ed : La documentation française. Rapport 2013 ; p115-172.
 - ¹³ Dietz WH. The role of lifestyle in helth: the epidemiology and consequences of inactivity. *Proc Nutr Soc* 1996; 55 (3) : 829-40.
 - ¹⁴ Rieu M. Santé, sédentarité et activité physique. *Santé publique* 1990 ; 4 : 26-35.
 - ¹⁵ Ligue nationale contre le cancer, l'activité physique adaptée, Comité de Maine-et-Loire.
 - ¹⁶ Depiesse F. Prescription des activités physique en prévention et en thérapeutique. Ed. MASSON 2009.

-
- ¹⁷ Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Ministère de la santé.
- ¹⁸ Fompeyrine D. Observance des traitements : un défi aux politiques de santé. Livre Blanc de la FONDATION CONCORDE. Mars 2014.
- ¹⁹ Anandamanoharan J. Observance et médecine générale : peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques? Thèse de doctorat en médecine. Versailles : Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines ; 2012.
- ²⁰ Jung. L'observance. Faculté de médecine d'Amiens. Thèse de doctorat en médecine générale. 2007.
- ²¹ Michot-Casbas M. Automédication et libre accès aux médicaments, enjeux de la responsabilité et de l'éducation des patients. Décembre 2008.
- ²² World Health Organization. Adherence to long term therapies: Evidence for action. Genève ; WHO : 2003. 211 pages.
- ²³ Brun M, Chevreul K. Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux. Santé Publique 2013 Janv ; 25 : 87-94.
- ²⁴ Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé. Mars 2000.
- ²⁵ Brasse O. Le rôle du médecin généraliste dans l'éducation thérapeutique du patient infecté par le VIH. CHG Dreux.
- ²⁶ OMS Statistiques sanitaires mondiales 2013.
- ²⁷ Aggée Célestin Lomo Myazhiom, Sylvain Ferez, « VIH-sida et activités physiques et sportives : entre représentations sociales et domestication du risque », Présence Africaine 2011/1 (N° 183), p. 11-24.
- ²⁸ Yeni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. La documentation française. Ministère de la Santé et des Sports. 2010.
- ²⁹ Service d'Infectiologie, Unité de Virologie clinique du CHU de Nice.
- ³⁰ Impact of late diagnosis and treatment on life expectancy in people with HIV-1: UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Study. British Medical Journal 2011; 343:d6016.

-
- ³¹ Hasina Samji, Closing the Gap: Increases in Life Expectancy among Treated HIV-Positive Individuals in the United States and Canada PLoS One. 2013; 8(12): e81355.
- ³² May M., Impact of late diagnosis and treatment on life expectancy in people with HIV-1: UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Study BMJ 2011;343:d6016
- ³³ May M., Impact on life expectancy of HIV-1 positive individuals of CD4⁺ cell count and viral load response to antiretroviral therapy UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Study AIDS. 2014 May 15; 28(8): 1193–1202.
- ³⁴ Le Breton, D. La contamination du sens, Ethnologie Française, « Sida : deuil, mémoire, nouveaux rituels », n°1, 1998, 37-42.
- ³⁵ Hocquellet, B. Réflexions sur la honte, la culpabilité et le corps malade. Unpublished PhD. thesis, Université Toulouse III.1993.
- ³⁶ Rojas, R., Schlicht, W. &Hautzinger, M Effects of exercise training on quality of life, psychological well-being, immune status, and cardiopulmonary fitness in an HIV-1 positive population. Journal of Sport & Exercise Psychology,25(4), 440-455.(2003).
- ³⁷ Dolan SE1, Frontera W, Librizzi J, Ljungquist K, Juan S, Dorman R, Cole ME, Kanter JR, Grinspoon S. Effects of a supervised home-based aerobic and progressive resistance training regimen in women infected with human immunodeficiency virus: a randomized trial. Arch Intern Med. 2006;166(11):1225-31.
- ³⁸ Roubenoff, R. & Wilson, I. B. Effect of resistancetraining on self-reported physical functioning in HIV infection. Medicine and Science in Sports and Exercise,33(11), 1811-1817.(2001).
- ³⁹ Robins, J. L., McCain, N. L., Gray, D. P., Elswick, R. K.,Walter, J. M. & McDade, E. (2006). Research on psychoneuroimmunology: tai chi as a stress management approach for individuals with HIV disease. Applied Nursing Research, 19, 1, 2-9.
- ⁴⁰ Fillipas S., Oldmeadow, L. B., Bailey, M. J. & Cherry, C. L. A six-month, supervised, aerobic and resistance exercise program improves self-efficacy in people with human immunodeficiency virus: a randomised controlled trial. Australian Journal of Physiotherapy, 52, 3, 185-190(2006).
- ⁴¹ O'Brien K1, Nixon S, Glazier RH, Tynan AM. Progressive resistive exercise interventions for adults living with HIV/AIDS. Cochrane Database Syst Rev. (4):CD004248 2004.
- ⁴² Thöni, G. J., Fedou, C., Brun, J. F., Fabre, J., Renard, E., Reynes,J., Varray, A. & Mercier, J. Reduction of FatAccumulation and Lipid Disorders by Individualized LightAerobic Training in Human Immunodeficiency VirusInfected Patients with Lipodystrophy and/or Dyslipidemia.Diabetes Metabolic,28, 397-404(2002).

-
- ⁴³Engelson ES. Interventions for visceral adiposity associated with human immunodeficiency virus: application of a method for assessing efficacy. *Clin Infect Dis.* 2003;37 Suppl 2:S96-100.
- ⁴⁴ Ciccolo, J. T., Jowers, E.M. & Bartholomew, J. B. (2004). The Benefits of Exercise Training for Quality of Life in HIV/AIDS in the Post-HAART Era. *Sports Medecine*, 34, 8,487-499.
- ⁴⁵ Yarasheski, K. E. &Roubenoff, R. (2001). Exercisetreatment for HIV-associated metabolic anthropomorphic complications. *Exerc Sport SciRev*, 29(4),170-174.
- ⁴⁶ Robinson, F. P., Quinn, L. T. & Rimmer, J. H. (2007). Effects of high-intensity endurance and resistance exercise on HIV metabolic abnormalities: a pilot study. *Biological Research For Nursing*, 8, 3, 177-85.
- ⁴⁷ Heller P. Pity the Finance Minister: Issues in Managing a Substantial Scaling-Up of Aid Flows. International Monetary Fund. 2005.
- ⁴⁸ Yeni P. Complications des traitements antiétroviraux. In : *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts.* Paris: Médecine/Sciences Flammarion ; 2006 pp. 214-41.
- ⁴⁹ Shephard, R. J. & Shek, P. N. Potential impact of physical activity and sport on the immune system - a brief review. *British Journal of Sports Medicine*, 28, 4, 247-255.(1994).
- ⁵⁰ CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur. L'observance au cours des traitements antirétroviraux de l'infection à VIH. Dossier documentaire. Avril 2003.
- ⁵¹ N. Beltzer, S. Halfen Les facteurs sociaux de vulnérabilité au VIH à partir des enquêtes KABP métropole et Antilles-Guyane. ORS Île-de-France, Paris, France.
- ⁵² France Lert étude Vespa. 2004. ANRS. INSERM, Villejuif.
- ⁵³ Muller L. La pratique sportive en France, reflet du milieu social données sociales. INSEE 2006.
- ⁵⁴ Mignon P. Les pratiques sportives des Français.Sciences Humaines Hors-série N° 39 - Décembre 2002.
- ⁵⁵ Expertise collective. *Activité physique – Contextes et effets sur la santé.* Éditions Inserm, mars 2008.
- ⁵⁶ Ferez S. Activité physique et sportive des PVVIH : de l'intérêt de la pratique à l'accès à la pratique (revue de littérature). *RETOS. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreació.* Número 18, p77-83, 2010 (2° semestre).

-
- ⁵⁷ Sport, santé et VIH. Charte VIH & sport du 13 novembre 2001 de la Fédération sportive gay et lesbien.
- ⁵⁸ Ferez S. L'activité physique et sportive comme outil médicopsychologique ? Étude de l'offre de pratiques en direction des personnes infectées par le VIH. université Montpellier-I.
- ⁵⁹ Toussaint J.F., « Retrouver sa liberté de mouvement », PNAPS : Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, Rapport Préparatoire commission prévention sport et sante avril à octobre.
- ⁶⁰ J. Ricci et L. Gagnon, université de Montréal, modifié par F. Laureyns et JM. Séné.
- ⁶¹ IQOLA. International Quality Of Assessment www.iqola.org
- ⁶² Leplège A. (2001) Introduction, enjeux, définition. In J. Coste et A. Leplège, Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications (pp15-36). Paris. Ed ESTEM.
- ⁶³ Rejeski, WJ. Et Mihalko, SL. (2001). Physical Activity and Quality of life in older adults. Journal of gerontology, 56A (Special Issue II), 23-25.
- ⁶⁴ Ware, JE. SF-36 Health survey Uptate. www.sf-36.org/tools/sf36.shtml
- ⁶⁵ Qualimetric SF12 v 2 TM Health Survey. www.qualimetric.com/products./surveys/SF36v2.shtml
- ⁶⁶ COSTAGLIOLA D., BARBEROUSSE C., Comment mesurer l'observance?: L'observance aux traitements contre le VIH/sida : Mesure, déterminants, évolution, Paris : ANRS, 2001, pp. 33-42.
- ⁶⁷ Girerd X. et al. Évaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées - Arch Mal Cœur Vaiss. 2001 Aug ; 94 (8) : 839-42.
- ⁶⁸ Girerd X. Doumap C. Education thérapeutique chez le patient soigné pour une hypertension artérielle p. 167-176 Simon D et coll. Education thérapeutique. Prévention et Maladies Chroniques. Ed. Masson 2007).
- ⁶⁹ Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Cirepek L, Mourad JJ, Consoli S. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire: mise au point et utilisation dans un service spécialisé Presse Med. 2001;30(21):1044–1048.
- ⁷⁰ Rapport médico- épidémiologique Corevih Paca Est 2015
- ⁷¹ Paumard C, Les bénéfices de l'activité physique dans les pathologies chroniques NPG, Volume 14, numéro 82, pages 201-208 (août 2014).

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

TITRE : Mise en place d'une activité physique adaptée chez les personnes vivant avec le VIH : suivi d'une cohorte et évaluation du programme : effets sur la qualité de vie et l'observance médicamenteuse

RESUME / INTRODUCTION : L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'activité physique (AP) comme une priorité de santé. Un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) « Je bouge ! » a été proposé aux 2611 Patients Vivants avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine (PVVIH) suivis au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nice dans le but de les accompagner dans la reprise d'une AP adaptée (APA). L'objectif de cette étude est d'étudier l'expérience des APA et d'évaluer leurs conséquences sur la qualité de vie et sur le niveau d'observance de la cohorte étudiée.

MATERIELS ET METHODES : Après un recrutement et l'obtention d'un certificat d'aptitude à l'AP, les patients scindés en 2 groupes de façon aléatoire ont pu bénéficier de 3 ateliers collectifs motivationnels, puis de 3 séances de remise en forme générale adaptées aux recommandations de santé publique de l'OMS, et de 3 séances d'aquagym. Une évaluation par questionnaires validés pour les variables étudiées a été réalisée. Des données anthropométriques (IMC, âge, sexe) ont été recueillies. La satisfaction et l'assiduité de la cohorte ont été également relevées.

RESULTATS : 16 patients ont été recrutés dont un patient perdu de vue. Notre projet a permis dans cette population fragile et sédentaire, une amélioration de la qualité de vie physique, de l'image du corps, de la confiance en soi, du sentiment de bonne santé, des relations sociales, de la vie affective et sexuelle ainsi que la capacité à former de nouveaux projets tout en diminuant le niveau d'anxiété et de dépression. La satisfaction globale et l'assiduité des patients vis-à-vis du programme sont encourageantes. L'amélioration de l'observance médicamenteuse chez les patients au cours de l'étude n'a pas pu être objectivée au travers des résultats. De nouvelles approches sont nécessaires pour induire une meilleure fidélité aux prescriptions.

CONCLUSION : Ce programme d'APA a permis une amélioration rapide et importante de nombreux facteurs esthétiques, anthropométriques et psychiques. L'utilisation du groupe a favorisé l'adhésion au changement de comportement vis-à-vis des AP et à la promotion de la santé dans une population vulnérable, les PVVIH.

MOTS-CLES : Activité physique adaptée, VIH, PVVIH, Observance, Qualité de vie, Education thérapeutique du patient (ETP).